



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Treino de Competências Sociais da Pessoa com Esquizofrenia: Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social

Rute Sofia Soares Santos Galvão

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Treino de Competências Sociais da Pessoa com Esquizofrenia: Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social

Rute Sofia Soares Santos Galvão

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Treino de Competências Sociais da Pessoa com Esquizofrenia: Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social

Rute Sofia Soares Santos Galvão

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Data: 22 de outubro de 2020

*O período de maior ganho em conhecimento e experiência,
é o período mais difícil da vida de alguém.*

(Dalai Lama)

AGRADECIMENTOS

A todos vós, que fazem parte do meu mundo e a quem sou eternamente grata por terem estado do meu lado neste desafiante projeto de vida pessoal e profissional, partilhando os momentos bons e os menos bons.

Ao Professor Doutor Raul Cordeiro, orientador deste percurso de aprendizagem, pela disponibilidade, incentivo e confiança demonstrada.

A todos os outros Professores que partilharam esta jornada desde o primeiro dia, e que daí resultou neste processo de aprendizagem e evolução.

Ao enfermeiro Jorge Façanha orientador do estágio final, pelo acolhimento e disponibilidade demonstrada ao longo da orientação do Estágio.

A todos aqueles que partilharam o Mestrado comigo, foi um prazer conhecer-vos!

Às incansáveis Isilda Brazão e Luiza Benatti, que não desistiram de Mim e me incentivaram a quilómetros de distância.

Ao meu marido, que me apoiou nesta decisão.

À Eva Claro pelo apoio e dedicação incansáveis.

Aos meus filhos, Ricardo, Clara e Maria, pelo Amor e horas de ausência, principalmente à Maria Galvão que assumiu muitas vezes o papel de adulta, de mãe e de cuidadora.

RESUMO

Pretende-se com este relatório de estágio, demonstrar o percurso desenvolvido durante o 2º Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como, a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental e as Competências de Mestre.

A esquizofrenia continua a ser uma das doenças mais incapacitantes e com maior prevalência no mundo, afetando não só o indivíduo, como também a família e o meio onde este se insere. Apesar de os enormes avanços terapêuticos no controlo das manifestações da esquizofrenia, passou a ser consensual que não é o suficiente para a melhoria do funcionamento social destas pessoas.

Competência social, pressupõe um conjunto de habilidades sociais adequadas a um certo contexto social, pelo que o desenvolvimento e aplicabilidade de Programas de Treino de Competências sociais surgem com o objetivo de desenvolver relações interpessoais, melhorando assim o funcionamento social destas pessoas, evidenciando as intervenções Especializadas do Enfermeiro de Saúde Mental.

Palavras chave: Enfermagem, Esquizofrenia, Treino, Competências Sociais, Funcionamento Social

ABSTRACT

The aim of this internship report is to demonstrate the path developed during the 2nd Internship of the Master in Mental Health and Psychiatric Nursing, as well as the acquisition of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Mental Health Nursing and the Master Skills.

Schizophrenia remains one of the most disabling and prevalent diseases in the world, affecting not only the individual, but also the family and the environment in which it operates. Despite the enormous therapeutic advances in the control of the manifestations of schizophrenia, it has become consensual that it is not enough to improve the social functioning of these people.

Social competence, presupposes a set of social skills appropriate to a certain social context, so the development and applicability of Social Competence Training Programs arise with the aim of developing interpersonal relationships, thus improving the social functioning of these people, highlighting the Specialized interventions Mental Health Nurse.

Keywords: Nursing, Schizophrenia, Training, Social Skills, Social Functioning

LISTA DE ABREVIATURAS

Ed. - edição

et al. - et alli (e outros)

nº - número

p. - página

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

EE – Enfermeiro Especialista

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ME - Mestrado em Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

DSM – Manual Diagnostico e estatística de Transtorno Mentais

APA – American Psychiatric Association

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| PARTE I | 16 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO..... | 16 |
| 1.1. Contexto da problemática..... | 17 |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 19 |
| 2.1 Esquizofrenia | 19 |
| 2.2 Impacto da Doença no Funcionamento Social da Pessoa com Esquizofrenia | 21 |
| 2.3 Competências Sociais | 22 |
| 2.4 Treino Competências Sociais | 23 |
| 2.5 Referencial Teórico De Enfermagem | 25 |
| 3. METODOLOGIA DE PROJETO | 29 |
| 3.1 Diagnóstico de Situação | 29 |
| 3.2 Definição de Objetivos..... | 31 |
| 3.3 Planeamento | 31 |
| 3.4 Execução | 38 |
| 3.5 Avaliação..... | 43 |
| 3.6 Divulgação de Resultados | 44 |
| PARTE II | 45 |
| 1.REFLEXÃO SOBRE AS COMPETENCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 45 |
| 1.1 Competências Comuns Enfermeiro Especialista | 46 |
| 1.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental..... | 52 |
| 1.3 Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica..... | 60 |
| CONCLUSÃO..... | 63 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 64 |
| APÊNDICES..... | 70 |
| APÊNDICE I Proposta de Programa de Treino de Competências Sociais, Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social da Pessoa com Esquizofrenia | 71 |
| APÊNDICE II Plano de sessão de Atividade Individual de Relaxamento..... | 88 |

| | |
|--|------------|
| <i>APÊNDICE III Plano de Sessão Individual: Adesão ao Regime Medicamentoso, Registo de Atividades Semanais e Adesão à Prática de Exercício Físico</i> | <i>93</i> |
| <i>APÊNDICE IV Resumo do Artigo Científico - Treino de Competências Sociais, Intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social da Pessoa com Esquizofrenia</i> | <i>98</i> |
| <i>APÊNDICE V Poster: A Importância da Proximidade do Cuidar na Prevenção da Recaída: Programa de Visita Domiciliária</i> | <i>100</i> |
| <i>APÊNDICE VI Poster: A Importância da Proximidade do Cuidar – Papel do EESM num Programa de Visita Domiciliária</i> | <i>102</i> |
| ANEXOS | 104 |
| <i>ANEXO I Certificado do IV Encontro Nacional subordinado ao tema “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL”</i> | <i>105</i> |
| <i>ANEXO II Certificado do Curso de Qualificação e Inclusão em Saúde Mental Comunitária</i> | <i>107</i> |
| <i>ANEXO III Certificado do I Encontro Tela de Emoções</i> | <i>109</i> |
| <i>ANEXO IV Certificado do X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.....</i> | <i>111</i> |
| <i>ANEXO V Certificado das III Jornadas Templárias de Psiquiatria do CHMT</i> | <i>113</i> |
| <i>ANEXO VI Certificado das Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental-60 anos de Hospitalidade - (Re)Criar cuidados de saúde mental.....</i> | <i>116</i> |
| <i>ANEXO VII Certificado do I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva</i> | <i>118</i> |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Representação da seleção dos artigos a incluir na Revisão Integrativa da Literatura, adaptado de Moher et al (2009). | 34 |
|---|----|

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro nº 1 – Síntese de resultados e objetivos dos artigos incluídos na RIL | 36 |
| Quadro nº 2 – Síntese de resultados da RIL | 37 |
| Quadro nº 3 - Dinâmica das sessões | 41 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório representa a compilação final do trabalho desenvolvido no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação promovido pelas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, particularmente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, neste contexto a instituição de receção do referido curso, foi a Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre.

O Curso de Mestrado decorreu no biénio 2018/2020, tendo a duração de 3 semestres e a data de conclusão prevista para julho do ano letivo 2019/2020.

Das diferentes áreas de especialização disponibilizadas no 3º Curso de Mestrado, foi eleita por nós, o ramo de especialização da Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo por objetivo principal adquirir conhecimentos, desenvolver competências pessoais e profissionais que contribuam para a melhoria da qualidade nos cuidados a prestar no local de trabalho, com vista a contribuir para uma obtenção de ganhos em saúde mental e autonomia da pessoa com doença mental.

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular -Relatório e deve constituir uma compilação das experiências vivenciadas, nos diferentes contextos do estágio curricular final, bem como das competências adquiridas e desenvolvidas de Enfermeiro Especialista. Representa um trabalho científico, de descrição e reflexão crítica, pessoal que será alvo de prova pública perante um júri.

Baseámos o desenvolvimento deste Relatório, na Metodologia de Projeto a qual se concentra na “resolução de problemas e através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ruivo et al., 2010).

Assim consideram-se como objetivos de aprendizagem deste Relatório os seguintes:

-Apresentar uma compilação estruturada do percurso realizado, sob a forma de um relatório que será alvo de prova pública perante um júri;

- Refletir sobre as intervenções do EEESMP no Treino Competências sociais a pessoas portadoras de esquizofrenia;
- Apresentar proposta de plano de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental em TCS e no domínio do funcionamento social;
- Descrever reflexiva e pormenorizadamente o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em ESMP e Mestre na Área de ESMP.

A formação em contexto prático, na enfermagem realiza-se sob a forma de ensinamentos clínicos/estágios constituindo um dos momentos privilegiados para a aprendizagem do aluno, e que promove o contato direto com as pessoas e com as suas realidades (Hesbeen, 2000).

Apesar da oportunidade de realização de estágio ser sempre uma mais valia, nem sempre a conciliação da vida profissional, pessoal e de estudante se torna facilitadora, por isso não realizámos o Estágio 1, em contexto prático, tendo optado pelo processo de Creditação.

Este processo de Creditação das unidades curriculares dos estudantes do Instituto Politécnico de Portalegre, com vista a obtenção de um grau académico ou diploma, encontra-se plasmado no Despacho nº 11641/2014, do Diário da República. No artigo 2º na alínea f) encontra-se definido que os créditos podem ser atribuídos pela experiência profissional desde que devidamente comprovada, até ao limite de um terço do total dos créditos do ciclo de estudos, nos termos do Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências. Assim, respeitando a entrega de prova solicitada, Dossier/Portfólio de Competências e entrevista para avaliação das competências desenvolvidas em contexto profissional, foi obtida Creditação no Estágio I.

O Estágio Final decorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, num dos doze estabelecimentos de saúde geridos pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, existentes em Portugal Continental. O estágio teve orientação do Professor Doutor Raúl Cordeiro e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Jorge Façanha.

A esquizofrenia é uma das doenças cujo pensamento, a perceção e a interação social altera de forma persistente o funcionamento social da pessoa. O processo de reabilitação social é “oferecer às pessoas incapacitadas pela doença mental, a oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o

desempenho de habilidades físicas, emocionais e intelectuais, necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto de bem-estar e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde” (Melo Dias, 2014).

Neste sentido o Treino competências sociais surge como estratégia para o desenvolvimento das competências necessárias para incrementar a interação social e o funcionamento social das pessoas com esquizofrenia.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental devem assumir um papel de relevo na conceção, implementação e avaliação dos programas competências sociais, sendo necessário ter sempre por base, os contributos teóricos. Assim o tema desenvolvido no decorrer deste estágio final, foi de encontro ao desejo de investir e aprofundar competências numa área que permite a recuperação da pessoa com doença mental grave, através do seu empoderamento e de acordo com as necessidades do local de estágio, de quem partiu a proposta de construção de um Programa estruturado de intervenções especializadas no TCS, com impacto no funcionamento social destas pessoas.

O Relatório encontra-se estruturado em duas partes, cada uma delas contendo vários capítulos. A Parte I refere-se ao enquadramento concetual, onde se pretende abordar alguns conceitos, que consideramos pertinentes para enquadrar a temática escolhida e inclui três grandes capítulos. No primeiro iremos abordar: caraterização do local de estágio. No segundo capítulo abordaremos conceitos como: esquizofrenia, impacto da doença no funcionamento social da pessoa, competências sociais, treino de competências sociais e como um subponto deste, abordamos o quadro concetual de enfermagem que melhor suporta as nossas intervenções terapêuticas a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. No terceiro capítulo enquadrámos a Metodologia de Projeto e as cinco fases respetivamente: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação.

A Parte II refere-se a uma análise reflexiva das competências na área de Saúde Mental e Psiquiátrica em Enfermagem, que após um longo percurso académico em interligação com a prática clínica em contexto de estágio, permitiu a implementação e desenvolvimento das competências. O último capítulo diz respeito às considerações finais e conclusões, onde constará a análise decorrente da realização deste Relatório e um balanço dos objetivos propostos, dificuldades sentidas e limitações do presente Relatório. Finaliza-se com a apresentação das referências bibliográficas, anexos e apêndices, cuja sequência de apresentação respeita a ordem com que são referidos ao longo do trabalho.

Este Relatório está redigido segundo as normas da escola e de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA)

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Eu tenho o meu caminho. Você tem o seu caminho.

Portanto, quanto ao caminho direito, o caminho correto, e o único caminho, isso não existe.

Friedrich Nietzsche

A opção de escolha do local de realização do estágio teve em consideração a prática profissional, mas também o interesse próprio relacionado com a atuação do EESMP na área da reabilitação e empoderamento da pessoa portadora de doença mental grave.

Assim a escolha recaiu num dos doze estabelecimentos de saúde geridos pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, existentes em Portugal.

Esta Instituição focaliza os seus cuidados em várias áreas de intervenção: Psiquiatria, Psicogeriatria, Gerontopsiquiatria, Incapacidade Intelectual e Reabilitação Psicossocial e, com diversificadas respostas: Unidades de Curto/Médio/Longo Internamento; Hospital de Dia/Consultas Externas/área de Dia (regime de Ambulatório), Apoio Domiciliário e Unidades Residenciais (Apoio Máximo/Moderado ou na Comunidade).

Os cuidados são continuados ao longo das diferentes fases da doença, quer na prevenção quer nas crises agudas ou na cronicidade, sempre com o objetivo de capacitar as pessoas portadoras de alterações na sua saúde mental, recuperar o seu projeto de vida e manter uma adequada qualidade de vida.

Foi numa dessas Unidades de Reabilitação Psicossocial que se focou a realização do estágio e o desenvolvimento do projeto. Esta Unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar (EESMP, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico) que em conjunto com cada utente desenha o projeto de reabilitação até este atingir o seu potencial máximo, e permitindo a passagem pelas diferentes tipologias de residência, adaptadas às necessidades, com vista à sua integração plena na comunidade.

A Unidade Reabilitação Psicossocial é constituída assim, por:

- Residências de apoio máximo;
- Unidade de Ganho de Autonomia;
- Residências de apoio moderado;
- Residências na Comunidade;
- Residências de apoio moderado.

1.1. CONTEXTO DA PROBLEMÁTICA

O processo de reabilitação da pessoa portadora de esquizofrenia apenas se tornou possível com um apoio diferenciado e continuado. Torna assim indispensável a elaboração de programas estruturados de reabilitação e adequados à população alvo. Este processo deve ser contínuo para que o indivíduo alcance satisfação e sucesso nos vários contextos de vida, com o objetivo de aumentar a sua autonomia, realização pessoal e qualidade de vida (Afonso, 2010).

O processo de reabilitação permite aos indivíduos a aquisição ou recuperação de aptidões práticas, necessárias para viver em comunidade, tais como: cuidar da sua higiene pessoal, fazer compras, gerir dinheiro, usar meios de transporte, entre outros, e permitindo em conjunto com processos de empoderamento e recovery, obter grandes ganhos em saúde (Ornelas, 2007).

Com um nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais, a equipa de enfermagem identificou a necessidade de implementar um projeto que desenvolva um conjunto de intervenções específicas das habilidades sociais com a finalidade de promover e preservar as suas capacidades no seu dia-a-dia.

Na unidade já existia um Projeto de Melhoria, no âmbito da inclusão de pessoas com doença mental e dirigida à reabilitação psicossocial, com objetivo da melhoria da qualidade de vida, bem como, o desenvolvimento das suas competências pessoais, funcionais, profissionais e de autonomia.

Neste contexto a proposta da Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador, foi desenvolvermos um Programa de TCS, estruturado e adequado às necessidades

apresentadas pelo Grupo, com objetivo de melhoria do domínio ao nível do funcionamento social destes indivíduos, para futura integração ocupacional/profissional.

Apresentada a sugestão ao Docente Orientador, esta foi considerada pertinente face à intervenção especializada do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, na área do TCS.

Considerando que o exercício profissional dos Enfermeiros centra-se na relação interpessoal, tendo como foco da sua atenção a pessoa, construindo as intervenções com base na conceção de que “(...) cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.98).

O EEESMP possui um conjunto de competências clínicas que se traduzem por conhecimentos científicos, técnicos e humanos, e que permitem ao doente que no decorrer do seu processo de reabilitação psicossocial adquira ganhos, quer na relação intrapessoal, quer nas relações interpessoais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Devendo ainda o EE “(...) contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.98), faz todo o sentido evidenciar a intervenção do EEESMP no TCS na pessoa com esquizofrenia.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma das doenças mais incapacitantes, e também uma das perturbações mais prevalentes. Com um impacto negativo na qualidade de vida nos indivíduos doentes e nas famílias, cujos relacionamentos interpessoais, o processamento de informações e a resolução de problemas das pessoas se encontram muitas vezes alterados (OMS, 2001).

Esta doença com início na vida adulta, resulta muitas vezes em perturbações da vida mental, ao nível da esfera emocional e da vontade.

A etiologia da doença continua a ser desconhecida, considerando-se, dado a sua complexidade, que terá uma etiologia multifatorial (Afonso, 2010).

Os critérios definidos pelo APA, e expressos no Manual DSM-V-TR (2002), a esquizofrenia define-se como uma perturbação que tem uma duração mínima de seis meses e com um mês de fase com sintomas ativos.

Encontra-se distribuída de forma equitativa por ambos os sexos, (percentagem de 50,8% no caso dos homens e de 49,2% nas mulheres), e em que a idade média para o início do primeiro episódio psicótico da esquizofrenia situa-se, para o sexo masculino entre os 18 e os 25 anos de idade, e no caso do sexo feminino, habitualmente um pouco mais tarde entre os 25 e os 30 anos, dados evidenciados num estudo de Amaro (2005) desenvolvido em Portugal.

Os sintomas associados à esquizofrenia, envolvem aspetos ligados ao pensamento, à cognição, afetividade e ao comportamento, levando a défices ao nível das relações interpessoais e uma perda de contacto com a realidade. (DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

Não procederemos a uma apresentação exaustiva destes sintomas, salientando apenas a divisão realizada por Crow (1980), em duas categorias: Sintomas Positivos e Negativos.

Os sintomas positivos estão mais associados às distorções da percepção ou alucinações (auditivas, visuais, tácteis e olfativas), distorções do pensamento ou delírios (persecutórios, de grandeza, de ciúme...), distorções da forma e curso do pensamento (desorganização, desagregação e incoerência) e do comportamento (desorganizado ou catatónico), agitação psicomotora (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010).

Os sintomas negativos marcam a evolução da doença e caracterizam os estados deficitários nos quais a pessoa se poderá encontrar. São exemplo, restrições da fluência do pensamento, restrições nas expressões emocionais (embotamento afetivo), incapacidade de sentir emoção/prazer (anedonia), isolamento social, diminuição da iniciativa e da vontade (avolia) (APA DSM-IV-TR, 2002; Afonso, 2010). Podemos considerar três fases de evolução da doença : fase aguda (a que se poderá considerar, como a mais ativa, e que se caracteriza por um quadro mais exuberante de sintomas, com difícil adesão ao tratamento e necessidade de recorrer ao internamento; fase de estabilização (período onde alguns sintomas da doença estarão controlados, com ajuste de medicação e controlando recaídas) e a fase de recaída (novo período de agudização da doença, onde a intervenção deve ser o mais precoce possível) (Afonso, 2010).

Outra evidência da esquizofrenia é que esta se caracteriza por conjunto de sintomas psiquiátricos que alteram a capacidade do individuo de viver de forma independentemente requerendo um elevado número de recursos de saúde mental para diminuir o seu impacto na sociedade e por isso necessitam de uma intervenção especializada.

É atualmente um dado consensual que qualquer proposta de intervenção na pessoa portadora de esquizofrenia deve ser com base no modelo biopsicossocial.

Assim, respeitando as diretrizes emanadas pelo Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001, p.68), o tratamento da esquizofrenia, deve assentar em três componentes: a Farmacoterapia (para “aliviar os sintomas e evitar recaídas”); a Educação e a Psicoterapia (“ajudam os doentes e seus familiares a fazer face à doença e a evitar recaídas”) e por fim, a Reabilitação Psicossocial que “ajuda os doentes a se reintegrarem na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional” (OMS, 2001, p.68).

2.2 IMPACTO DA DOENÇA NO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

A capacidade de um indivíduo desempenhar diversos papéis sociais, tais como: trabalhador, estudante, membro de uma família entre outros, pode ser a definição de Funcionamento Social (Corrigan et al., 2008; Beauchamp & Anderson, 2010).

No entanto a definição deve considerar não só a capacidade do indivíduo para desempenhar esses papéis, mas também a qualidade e intensidade das relações interpessoais e a satisfação ao fazê-lo e a própria capacidade de se autocuidar, de ser autônomo (Priebe, 2007).

Atualmente são reconhecidos como critério de diagnóstico da esquizofrenia, os défices no funcionamento social (DSM IV, APA, 2002).

Passou a ser consensual, que a esquizofrenia é uma doença que não se caracteriza apenas por delírios ou alucinações e que o tratamento dos sintomas não é o suficiente para melhorar o funcionamento social destes indivíduos (Foster, 1999; Marques-Teixeira, 2007).

As dificuldades relacionadas com o funcionamento social na esquizofrenia podem ser resultado da própria doença, isto é, o indivíduo até apreendeu as competências sociais mas com o desenvolvimento da doença, foi perdendo (por não as ter mantido em prática, por isolamento ou períodos longos de hospitalização). No entanto alguns indivíduos já apresentariam défices na interação social (nunca tiveram amigos ou uma relação íntima, poucas atividades de ocupação, abandono precoce escolar ou até sem atividade laboral) anterior à instalação da própria doença. (Mueser et al., 1975 cit. in Afonso, 2010).

Recentes pesquisas sobre a esquizofrenia, têm procurado esclarecer os princípios da disfunção funcional, caracterizando-a por défices na comunicação, no relacionamento interpessoal, na manutenção do emprego, nas atividades de vida diária e em funcionar como parte de uma comunidade (Couture, Penn, & Roberts, 2006; Pinkham & Penn, 2006).

Outro fator que em nada contribui para o funcionamento social da pessoa portadora de esquizofrenia é o estigma associado à doença, que não facilita de modo algum, a interação social. (Mueser & McGurk, 2004)

2.3 COMPETÊNCIAS SOCIAIS

No campo da Psicologia o conceito de competências surgiu nos anos 50, em estudos científicos, mas é referente à Educação, que surge como sinónimo de capacidade, habilidade, aptidão, conhecimento que permite ao indivíduo enfrentar e adequar um conjunto de tarefas (Dias, 2010).

O nascimento do termo competências sociais, é frequentemente atribuído a Salter (1949) que desenvolveu técnicas para melhorar a expressão verbal e facial individual, no entanto foi Wolpe quem utilizou pela primeira vez o termo comportamento assertivo como sinónimo de competência social (Caballo, 1996, 2008).

Atualmente ainda existem muitas discussões sobre o conceito não se dispondo de uma definição consensual entre autores (Cook & Oliver; Ferreira & Munster, 2017).

Estudos recentes demonstram a existência de mais de 15 definições de competência social (Lopes et al., 2011). A definição de competências sociais são qualidades pessoais que favorecem a interação social e que permite à pessoa a capacidade de desenvolver respostas adequadas e ajustadas aos estímulos que lhe são colocados diariamente.

Alcançar um conceito unanime de competências sociais torna-se difícil, dado que competência, habilidade ou capacidade são termos que se cruzam, mas não são iguais. Por este motivo, continuam a aparecer diversos sinónimos de competências sociais: capacidades, assertividade, aptidões sociais, habilidades sociais, etc...conceitos que embora se cruzem, não são idênticos (Del Prette & Del Prette, 2003).

As definições encontradas contemplam diversos elementos tais como: adequada cognição social, comportamentos ajustados, capacidade para apresentar/manter comportamentos sociais eficazes e manter relações positivas com outras pessoas.

Segundo outro autor, Matos (2005), o conceito de competência social surge mais ampliado, e como resultado não só da interação do indivíduo com os outros, mas também consigo próprio, a partir das suas ações, pensamentos e comportamentos, resultado de uma aquisição necessária para atingir certo desempenho.

Assim é correto afirmarmos que ser competente possibilita que o indivíduo seja autônomo em relação ao uso do seus conhecimentos, capacidades e estratégias, conseguindo dar uma resposta adequada à situação exposta (Dias, 2010).

Ser dotado de uma determinada competência, implica conhecimentos, capacidades, atitudes e valores, adequadas a um determinado contexto, envolvendo conhecimentos, capacidades, atitudes e valores (Cruz, 2001).

Ao longo de toda a pesquisa surgem sempre dois termos: habilidades sociais e competências sociais, havendo autores que se referem a um ou a outro.

Competência social pode ser identificada como o desempenho social do indivíduo, ou seja, a capacidade deste em organizar pensamentos, sentimentos e ações adequados ao ambiente onde está inserido e de acordo com os seus próprios valores e objetivos. Enquanto que as habilidades sociais são definidas pelos desempenhos sociais, mas tendo em conta as diferentes classes de comportamentos sociais do próprio indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2003).

Resumindo, Habilidades sociais não são tudo o que é necessário para o indivíduo ser socialmente competente. Este pode possuir determinada habilidade, mas não a conseguir usar de forma competente (não usar ou não saber usar no momento adequado; não conseguir interpretar o ambiente social e não agir de maneira bem-sucedida; não estar interessado na interação social (Rose-Krasnor L., 1997).

Na perspetiva de Loureiro (2013) estes conceitos são muitas vezes definidos consoante a perspetiva teórica que lhes está subjacente, assim como, pela enorme variedade de fatores inerentes ao comportamento social (dependem da cultura, idade, sexo, educação) como também do próprio indivíduo (suas próprias crenças, valores).

2.4 TREINO COMPETÊNCIAS SOCIAIS

O Treino de Competências Sociais consiste num tipo de intervenção, adequada a contextos de dificuldades interpessoais ou défices ao nível das habilidades sociais e consequentemente, nas competências sociais. Tornou-se numa das intervenções

psicossociais mais frequentemente aplicadas no tratamento da esquizofrenia (Towsend,2002).

Na revisão bibliográfica realizada foi possível encontrar quatro modelos que consolidam a estrutura do treino de competências sociais. São eles: Modelo da Percepção Social (Argyle), Modelo Condicionamento Operante, Modelo de Assertividade e Modelo de Aprendizagem Social (Bandura). Independentemente do modelo adotado na aplicação futura de um treino de Competências Sociais, o mais importante na perspectiva de Del Prette & Del Prette, seria integrar os diferentes princípios para articular de forma mais eficaz, as habilidades sociais, a interação social, comunicação interpessoal e ainda a percepção social.

Uma breve explicação acerca dos Modelos será significativa para posteriormente uma melhor compreensão do Treino de Competências Sociais e sua relevância.

Assim, o Modelo de Percepção Social assenta que a compreensão do contexto e ambiente onde está inserido o individuo, será o fator decisivo no desenvolvimento de habilidades sociais (esta compreensão implica a leitura e descodificação da situação vivenciada para uma resposta social, adequada/competente) (Loureiro,2011).

Por outro lado, o Modelo De Condicionamento Operante, muito assente nos estudos de Pavlov, assenta que o comportamento pode ser manipulado, isto é, comportamentos desajustados são resultado de uma aprendizagem errada, mas passíveis de correção, através de experiências de aprendizagem (Townsend, 2002).

O Modelo da Assertividade (Wolpe, 1976; Lazarus, 1977), surge como continuo ao modelo referido anteriormente. Baseia as dificuldades do desempenho social com níveis elevados de ansiedade (dificulta resposta assertiva) e um controlo ineficaz nas respostas sociais (dificulta desempenho social).

No Modelo da Aprendizagem Social de Bandura, a aprendizagem é realizada através da observação do comportamento do outro e de si próprio, e a aquisição de habilidades sociais resulta do desenvolvimento de processos cognitivos e motivacionais.

A estrutura das intervenções delineadas no Treino de competências Sociais a adotar, assentará nos défices das habilidades sociais/ competências sociais apresentadas e podendo ter como suporte um ou mais, destes modelos referidos anteriormente. Certeza temos que não é possível afirmar que um ou outro modelo seja melhor do que os restantes, porque todos

se complementam. Importante será adequar o Modelo ao público alvo do treino, às suas características e aos défices apresentados.

Sabendo que muitos destes indivíduos desejam viver de forma autónoma e independente, logo faz sentido apostar em Programas de Treino de Competências Sociais, possibilitando-lhes uma melhoria no seu funcionamento social, e como consequência uma melhoria na sua qualidade de vida.

O processo de reabilitação social, definido por Melo-Dias (2014), consiste em: “oferecer às pessoas incapacitadas pela doença mental, a oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto possível de bem-estar...”.

O enfermeiro vai assumir uma posição ou papel de formador/orientador, na aplicação do Programa de TCS, ajudando o indivíduo a responsabilizar -se e a capacitar-se, como parceiro na sua situação de saúde. Este é um processo que pressupõe uma participação ativa e transformadora, conjugando a partilha de conhecimentos e desenvolvimento de competências, definindo assim conceito de empoderamento. Um conceito recomendado na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) na qual foi reconhecida a importância de as pessoas assumirem o controlo e a responsabilidade sobre a sua saúde.

2.5 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

O cerne da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica baseia-se na promoção e prevenção da saúde mental, assim como o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento nº 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

Segundo este mesmo Regulamento, os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o indivíduo a manter, melhorar e recuperar a saúde, por forma a este atingir a sua máxima capacidade funcional, o mais rapidamente possível.

A utilização de um referencial teórico permite aos enfermeiros, o desenvolvimento e aplicação do raciocínio clínico, permitindo uma intervenção centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais, capacitando-a para a tomada de decisão.

Por forma a enquadrarmos o processo de recovery, de aquisição ou melhoria das competências sociais das pessoas portadoras de esquizofrenia, com a intervenção necessária do EEESMP, a escolha assentou na Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau.

Qualquer teoria de médio-alcance é considerada importante nas respostas que os profissionais têm de dar no contexto do seu dia-a-dia (Lopes, 2005).

Embora esta teoria tenha sido desenvolvida em torno da enfermagem psiquiátrica, sendo uma teoria de médio alcance tal como é a de Hildegard Peplau, pressupõe efeitos menos abstratos que as grandes teorias e mais específicos para a prática, ou seja, é mais facilmente aplicada em contextos específicos e práticos.

“O Modelo de Peplau dá aos enfermeiros uma estrutura para interagir com os clientes, muitos dos quais estão fixados – ou regrediram devido a uma doença – num nível anterior de desenvolvimento. Sugere papéis que os enfermeiros podem assumir para ajudar os clientes a progredir e assim alcançar ou regressar ao seu nível apropriado. A progressão de desenvolvimento apropriada dota o indivíduo com a capacidade de confrontar os problemas recorrentes da vida” (Townsend, 2011, p. 47). Centrada na relação enfermeiro/doente, esta teoria assenta na construção das diferentes fases do desenvolvimento pessoal.

O conceito de enfermagem está relacionado com um processo dinâmico, terapêutico e interpessoal, cujas ações dependem da participação de duas ou mais pessoas que evoluem com esta intervenção. Para que este relacionamento interpessoal seja satisfatório é necessário que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de autoconhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem a capacidade de nos compreendermos a nós próprios (Howk, 2004).

No decurso do processo desta relação interpessoal enfermeira-pessoa, o enfermeiro poderá desempenhar vários papéis, sendo que Peplau (1990) descreve-os nas seguintes categorias:

- Estranho (no início da relação, ambos são estranhos, mantendo um contacto impessoal, de forma respeitosa e aceitando a pessoa como ela é e tentando iniciar uma relação com ele);

- Pessoa de recurso (enfermeiro disponibiliza a informações específicas permitindo que pessoa consiga compreender o seu problema);
- Professor/Educador (as necessidades de aprendizagem são identificadas e cedidas as informações à pessoa, ajudando a melhorar a situação; a pessoa deve ser capaz de utilizar a informação cedida através do ensino);
- Líder (enfermeiro ajuda a pessoa numa relação de cooperação e participação ativa)
- Substituto (na relação entre enfermeiro-pessoa é possível a mesma confundir o enfermeiro com outra pessoa. Deverá o enfermeiro ajudar a pessoa a reativar antigos sentimentos, anteriores relações e reorientar os seus sentimentos. Surgirão áreas de dependência, independência e interdependência);
- Conselheiro (depende da relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa, o enfermeiro deve ajudar a pessoa a compreender o que lhe está a acontecer e a ultrapassar a situação de uma forma positiva).

Em torno desta perspetiva, Tomey & Alligood (2004) referem que, Peplau identifica na sua Teoria quatro fases, são elas: Orientação identificação e definição do problema existente); Identificação (clarificação do problema e enfermeiro disponibiliza possível resposta); Exploração (das opções de respostas de apoio disponíveis no qual para a pessoa, que começa a assumir papel ativo no seu processo de cuidar); Resolução: (ocorre sentimento de independência em relação ao enfermeiro).

Nesta interação o doente assume um papel ativo e de parceria nos cuidados (e não dependente dos cuidados de enfermagem), sendo o objetivo dos cuidados de enfermagem as mudanças no doente influenciando positivamente a sua saúde, alcançando o seu crescimento e desenvolvimento pessoal.

Mas o alcance do reconhecimento da pessoa com esquizofrenia como indivíduo único e com uma forma de interação com o seu ambiente diferente das demais, bem como o próprio reconhecimento de si próprio, num papel ativo no processo terapêutico, só é possível através da Relação de ajuda.

Carl Rogers através da sua Teoria de Abordagem Centrada na Pessoa, cuja base assenta na Relação de Ajuda e serviu inclusive de influência à perspetiva tórica de Peplau, constituiu um marco concetual de enorme relevância neste modelo interacionista.

Autonomia é um conceito em que se baseia a relação de ajuda, assim como a relação com o outro, ser primordial. Seguindo este princípio, a relação de ajuda não se pode

considerar apenas instrumento de cura, mas um apoio para a própria realização da pessoa que é cuidada.

De acordo com Vieira (2009), "(...) reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projeto de saúde.", logo os cuidados prestados são promotores da aprendizagem da pessoa e da capacidade de gestão dos próprios recursos, perspetivando a máxima autonomia e o mais rapidamente possível.

De destacar, o papel do EEESMP que no decorrer da relação com o individuo, recorre de:

"(...) para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem (...) mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psico educacionais. Através desta praxis clínica, o EESMP consegue estabelecer relações de confiança e parceria com o doente, assim como aumentar o insight deste sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar formas de resolução (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A capacidade de ouvir o individuo sem o julgar, decodificando corretamente os silêncios ou tudo o que é dito de forma indireta, acreditando na capacidade das pessoas mudarem comportamentos menos saudáveis e manterem comportamentos de saúde positivos, são competências que o enfermeiro desenvolver no âmbito da sua prática dos cuidados...

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Partindo da definição de metodologia de projeto, enquanto “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real.” (Guerra, 1994 cit. por Ferrito et al., 2010, p.3), podemos afirmar que assenta num processo de investigação, após identificação do problema e definição de estratégias de ação para a possível solução. Este processo, permite a aquisição de capacidades e competências pessoais, através da elaboração e concretização do projeto em si.

A metodologia de projeto possui características fundamentais: ter um objetivo definido pelo autor; pressupor iniciativa do mesmo autor, que será responsável pela implementação das diferentes atividades; ser original/autêntico e envolver complexidade e faseamento.

Apresenta cinco fases: diagnóstico da situação, planificação, execução, avaliação e apresentação resultados.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Representa a primeira fase da Metodologia de Projeto, na qual decorre a caracterização da situação, na qual se pretende agir e causar mudança.

Em contexto de cuidados de saúde deve ser realizada uma análise global das necessidades da população, com o objetivo de perceber e aproveitar os recursos disponíveis para desenvolver estratégias e ações, que permitam a promoção da melhoria do estado de saúde da população (Brissos, 2004, Ruivo et al., 2010).

No âmbito do Estágio Final, a motivação para adquirir aprofundar competências na área da reabilitação foi expressa desde o início, nas reuniões entre o Enfermeiro Orientador e o Docente Orientador.

Assim na primeira fase, foi decidido desenvolvermos uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) no âmbito da intervenção especializada do EEESMP, no TCS, no domínio do Funcionamento Social.

A saúde mental em Portugal, à semelhança com o que acontece por todo o mundo, é uma das principais causas de incapacidade. O impacto económico causado é enorme e duradouro, impondo ao indivíduo, família e comunidade uma série de custos. Parte desses custos são evidentes e mensuráveis (aqueles que estão associados aos cuidados de saúde, aos serviços sociais, à perda de emprego), enquanto outra parte é quase impossível de medir (o impacto na própria família/cuidadores, desgaste emocional e físico causado aos mesmos, a taxa de absentismo dos cuidadores para poder cuidar do indivíduo doente).

Apesar da evolução nos tratamentos disponíveis à pessoa portadora de esquizofrenia (quer terapêutico quer psicossocial), um quinto destes indivíduos continuarão a sofrer limitações graves nas atividades de vida diária. Mesmo se conseguindo reduzir alguns dos sintomas mais perturbadores da doença, outros poderão permanecer de forma residual (Who,2005).

Segundo o mesmo autor, os sintomas residuais mais frequentes e prevalentes são: a falta de interesse, falta de iniciativa no trabalho ou atividades vida diária, a incompetência social ou o desinteresse em atividades lúdicas. Estes sintomas podem causar incapacidade permanente e uma baixa qualidade de vida (Who,2005).

A par desta realidade verifica-se uma escassez de respostas de reabilitação psicossocial por forma a promover a inserção social, com base em estruturas de apoio na comunidade.

Existindo na unidade Projetos de reabilitação psicossocial, que visam promover o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e de autonomia, com vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de esquizofrenia, identificámos a ausência de um Plano estruturado de Treino de Competências Sociais, que permitisse potenciar o funcionamento social destas pessoas.

3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Esta é a etapa na qual se procede à formulação dos objetivos, devendo esta ser clara e centrada na resolução do problema e apresentando quais os resultados a alcançar (Mão de Ferro, 1999).

Os resultados que se pretendem atingir devem ser precisos, mensuráveis e exequíveis (Ruivo et al., 2010). Como tal definiram -se como objetivos:

- A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura acerca da influência da intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria no treino de competências sociais no domínio do funcionamento social, na pessoa com esquizofrenia. Com a realização desta RIL, o objetivo geral será identificar a evidência científica e atual disponível sobre Programa de Treino de Competências Sociais, bem como, compreender a influência do Programa de TCS, no funcionamento social da pessoa com esquizofrenia destacando o papel do EESMP;
- Elaborar uma Proposta de um Programa de TCS estruturado, onde se evidencie a intervenção especializada do EEESMP, no domínio do funcionamento social, da pessoa com esquizofrenia.

3.3 PLANEAMENTO

Para que se concretizem os objetivos determinados, é importante que se faça um detalhado e cuidado planeamento da ação e dos recursos a serem empregados. Deste modo, o planeamento constitui a terceira fase da metodologia de projeto, e será onde está incluído o conjunto de intervenções que se tenciona realizar, definindo uso de recursos e plano detalhado de métodos e técnicas a usar, que estarão interligadas aos objetivos predefinidos (Miguel, 2006, citado por Ruivo et al., 2010).

Sabemos que no domínio da gestão dos cuidados o EEESMP tem como competência “melhorar a informação para a decisão no processo de cuidar” (OE, 2019, p. 4748), tal como descrito no critério de avaliação da unidade de competência sobre a otimização da tomada de decisão no processo de cuidados. Além disto, ainda no mesmo domínio de competência, o EEESMP “utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019, p.

4748). Sendo a evidência um recurso importante e devendo ser orientada para melhorar os processos de tomada de decisão. Assim, procurámos recolher evidência sobre a eficácia das intervenções que pretendemos incluir na nossa proposta de programa de forma a melhorar a decisão para as tomadas de decisão subjacentes à construção desta proposta de programa, mas também para otimizar os recursos disponíveis para a sua implementação.

Além disto, sabemos que a evidência em cuidados de saúde tem tendência a evoluir, assim como sabemos que os contextos de prestação de cuidados de enfermagem estão em constante mutação, com necessidade frequente de mobilizar a evidência para suprimir práticas não eficazes, não eficientes ou em desacordo com os resultados científicos mais atuais (Chiwaula et al, 2018). Deste modo e também de encontro às competências e padrões de qualidade do exercício do EESMP, a PBE é não só uma necessidade, mas um verdadeiro imperativo. Afinal, a prática do enfermeiro, em qualquer dos seus âmbitos implica não só a competência clínica do enfermeiro e o seu pensamento clínico, mas também a mais recente e robusta evidência científica (Domenico & Ide, 2003).

Neste sentido, Chiwaula et al (2018) afirmam que a PBE é a estratégia mais eficaz para melhorar os resultados em saúde e implica não só esta mais recente evidência, mas também o seu emprego de uma forma criteriosa nas tomadas de decisão do enfermeiro. É, em última análise uma importante ferramenta de resolução de problemas.

A própria OE também esclarece que a PBE “(...) constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de Enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.2). Seguindo esta linha de pensamento de que a prática em Enfermagem segue numa constante procura por parte dos Enfermeiros para prestar cuidados diferenciados, baseando-se nos resultados da melhor evidência, para fundamentar decisões e alcançar a resolução de problemas.

Tal como já aqui descrevemos, são várias as intervenções que o EESMP pode desenvolver no âmbito do treino de competências sociais e, para a construção de uma proposta de programa de intervenção de TCS junto da pessoa com esquizofrenia, foi necessário que efetuássemos um levantamento sobre as intervenções com evidência demonstrada neste contexto.

Assumindo então esta nossa necessidade de planear o programa de treino de competências sociais junto da pessoa com esquizofrenia referido, nesta fase efetuamos uma revisão Integrativa da literatura que nos permitisse planear e fundamentar a proposta de

programa de intervenção pretendida. Para Aromataris & Munn (2020) a revisão Integrativa da literatura é um método transparente de recolha de toda a evidência disponível sobre um determinado fenómeno.

Utilizando o método do Joanna Briggs Institute, Aromataris & Munn (2020) definem 8 etapas deste processo. São elas:

- 1ª Formulação da questão de investigação.
- 2ª Definição dos critérios de inclusão e de exclusão.
- 3ª Localização dos estudos através da pesquisa nas bases de dados.
- 4ª Seleção dos artigos para inclusão.
- 5ª Avaliação da qualidade dos estudos.
- 6ª Extração dos dados
- 7ª Análise e síntese dos principais resultados.
- 8ª Apresentação e interpretação dos resultados.

A primeira etapa diz respeito à formulação da questão de investigação. Ora, sabendo que a nossa população em estudo é a pessoa com esquizofrenia, que pretendemos estudar o impacto de uma intervenção no funcionamento social do indivíduo e que a intervenção em causa é o treino de competências sociais, efetuamos a seguinte questão de investigação: “Qual a influência da intervenção do EESMP no treino de competências sociais no domínio do funcionamento social na pessoa com esquizofrenia?”

Formulada a questão de investigação, definimos os critérios de exclusão e de inclusão. Foram incluídos todos os artigos que apresentassem intervenções relativas ao treino de competências sociais da pessoa com esquizofrenia. Optámos por incluir estudos tanto de natureza quantitativa como qualitativa no sentido de obter uma maior abrangência de evidência consultada. Foram ainda incluídos artigos em português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não tivessem o acesso ao texto integral.

Concluída esta etapa, na terceira etapa, a de localização dos estudos através da pesquisa (Aromataris & Munn, 2020) recorreremos às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina, tendo restringido o intervalo temporal dos estudos a 10 anos compreendidos entre 2011 e 2019. A pesquisa decorreu entre 20 de setembro e 30 de novembro de 2019 e utilizou como

descritores Enfermagem, Esquizofrenia, Treino, Competências Sociais em português e inglês. Foi utilizado o operador booleano AND.

Nesta fase de localização dos estudos foram identificados 75 artigos inicialmente. O processo total de seleção dos artigos levou à seleção de 7 para inclusão na RIL, tendo ficado concluídas a terceira, a quarta e a quinta fases deste processo e que estão representadas na Figura nº 1. De referir que na quinta fase, de avaliação da qualidade da evidência, foi aplicado a cada artigo a grelha da Joanna Briggs Institute referente ao seu desenho de estudo e foram excluídos 3, tal como está representado na figura, por não garantirem critérios de qualidade.

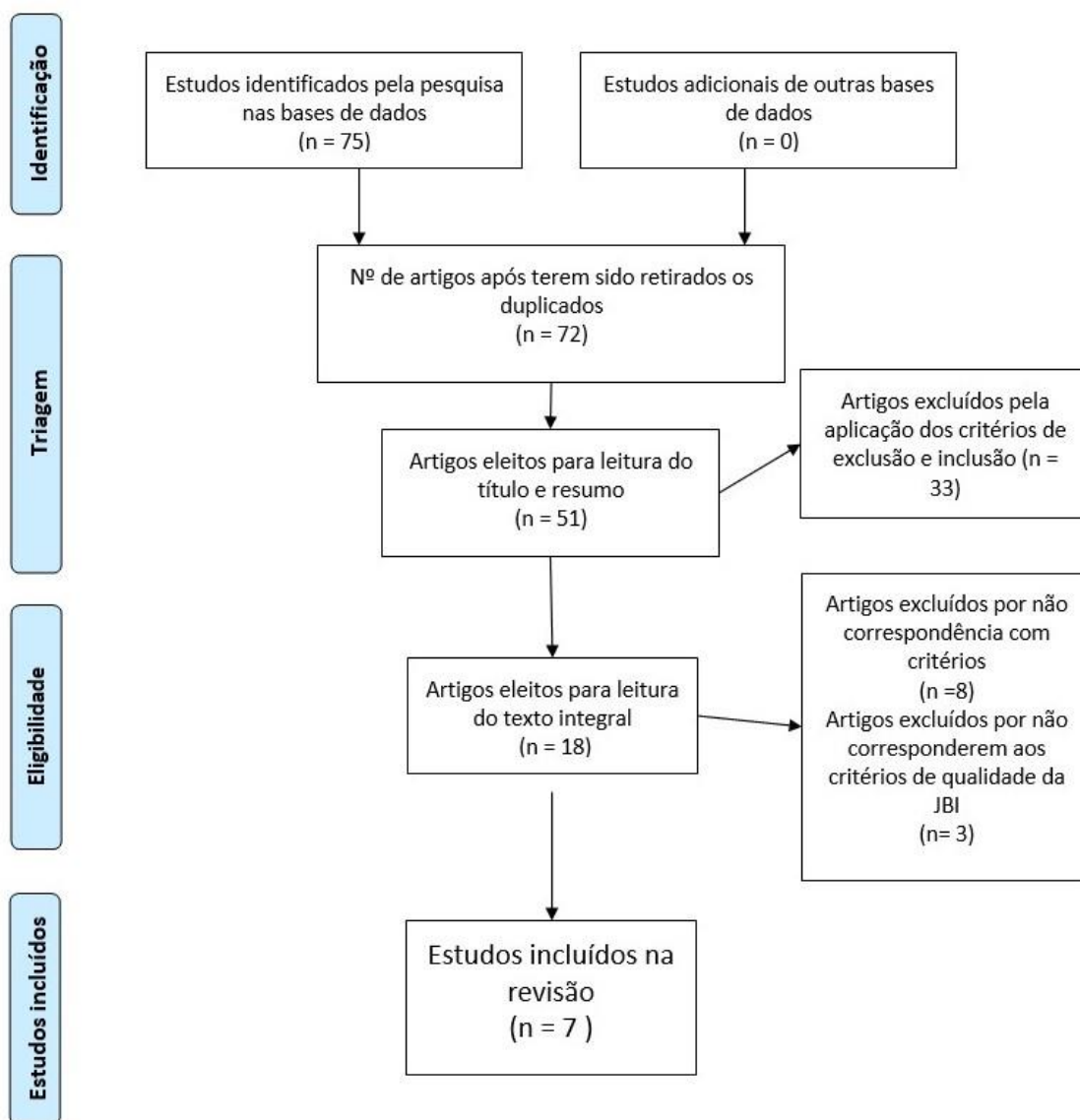


Figura 1 – Representação da seleção dos artigos a incluir na Revisão Integrativa da Literatura, adaptado de Moher et al (2009).

A extração dos dados e a sua análise, a 6ª e 7ª fases, foram sintetizadas na Tabela nº 1, que se apresenta de seguida.

| TÍTULO | OBJETIVO | RESULTADOS |
|---|--|--|
| 1. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia Dziwota, E, et al. | O objetivo do estudo é apresentar os problemas mais importantes relacionados com o funcionamento social e qualidade de vida de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, com base em estudos científicos realizados na Polónia e no mundo | Por vezes o internamento, os tratamentos ambulatoriais não produzem efeitos positivos, e embora os medicamentos antipsicóticos reduzam os efeitos psicopatológicos, não agem com eficácia suficiente para serem o suficiente para restaurar as hipóteses de existência em sociedade. |
| 2. Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia Yıldırım, A. Et al. | Este estudo foi realizado com o objetivo de determinar o efeito do treino de habilidades psicossociais sobre sintomas da doença, insight, internamento estigma e funcionamento social em pacientes com esquizofrenia | Os enfermeiros psiquiátricos são membros da equipa multidisciplinar que presta serviços a indivíduos com doenças mentais assumindo um papel importante para que haja cooperação entre o paciente, serviços sociais e instituições de saúde e através do treino social e programas de suporte estruturado baseados na comunidade, obtêm contribuições importantes para o paciente e familiares. O programa de Treino Habilidades sociais adjuvante aos tratamentos farmacológicos, pode ser considerada uma modalidade significativa prática diária devido ao seu efeito na melhoria dos sintomas, visão e nível de funcionamento e diminuição da hospitalização e estigmatização. |
| 3.The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study Lee, T. et al | Analisar efeitos do treino em assertividade em grupo, sobre a própria assertividade, ansiedade social e satisfação com a comunicação interpessoal entre utentes com esquizofrenia crónica | O treino da Assertividade é uma terapia não invasiva e barata que parece melhorar a assertividade, a ansiedade social e a comunicação interpessoal entre utentes internados com esquizofrenia crónica. Os resultados obtidos podem servir de guia de referência para enfermeiros para o desenvolvimento de protocolos de treino de assertividade |
| 4. Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia Kumar, B. & Singh, A. | Analisar a eficácia de um programa de treinamento de habilidades sociais de seis meses com 5 pacientes internados esquizofrenia | O treino de habilidades sociais foi muito útil para melhorar o funcionamento social de utentes esquizofrênicos. As habilidades ensinadas foram retidas por um período considerável, sem degradação substancial nas habilidades. Portanto, esta pesquisa estipulou que pacientes com esquizofrenia crónica podem aprender e executar as habilidades sociais básicas necessárias para viver de forma independente, aprender e trabalhar na comunidade em questão. Mostrou a eficácia dos programas abrangentes de treino de habilidades sociais. |
| 5. Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos Cândida Loureiro | Descrever conceitos basilares, nomeadamente assertividade, habilidade social e competência social como aspetos importantes a ter presentes na prática da enfermagem de saúde mental; apresentar alguns dos modelos teóricos que sustentam o treino de competências sociais; contribuir para fundamentar as intervenções dos enfermeiros, em particular, dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, orientando a sua prática clínica. Fomentar a reflexão sobre a necessidade de se realizarem estudos no âmbito do desenvolvimento de competências sociais/promoção da saúde mental, no sentido de poder contribuir para | Os programas de treino podem ser implementados numa dupla vertente: na promoção da saúde mental e na reabilitação, pela intervenção em doentes mentais (p.ex. com esquizofrenia) no sentido de melhorar as suas competências sociais e consequentemente o relacionamento intrafamiliar. |

| | | |
|---|--|--|
| | o desenvolvimento do conhecimento em saúde mental. | |
| 6. Esquizofrenia, atividades instrumentais de vida diária e funções executivas: uma abordagem qualitativa. Macedo, M. et al. | Conhecer e analisar as potencialidades e dificuldades de pessoas com esquizofrenia frente às Atividades Instrumentais da Vida Diária, especificamente os componentes relacionados à disfunção executiva | A insuficiência no desempenho ocupacional das pessoas com esquizofrenia que participaram deste estudo, relativamente às Atividades Instrumentais da Vida Diária, está diretamente relacionada aos componentes da disfunção executiva e revela a importância de programas de reabilitação específicos para essa população, visando a melhorias cognitivas e ocupacionais. |
| 7. Long-term Outcomes of a Randomized Trial of Integrated Skills Training and Preventive Health Care for Older Adults with Serious Mental Illness Bartels, Stephen J. et al. | Descrever os resultados para períodos de 1, 2 e 3 anos de um treino de um conjunto de habilidades psicossociais e uma intervenção preventiva em saúde (HOPES) para pessoas idosas com doença mental grave. | O treino de habilidades e os cuidados de saúde preventivos facilitados por enfermeiros para idosos com doenças mentais graves foram associados a melhorias sustentadas a longo prazo no funcionamento, sintomas, autoeficácia, triagem preventiva dos cuidados de saúde e planejamento avançado dos cuidados. |

Quadro nº 1 – Síntese de resultados e objetivos dos artigos incluídos na RIL (Quadro de construção própria)

Da análise dos resultados, compreende-se que a esquizofrenia é uma doença que progride com graves deficiências nos pensamentos, emoções, comportamentos, relações interpessoais, vida profissional e adaptação na sociedade (Dizwota et al, 2018). Tal como já temos vindo a referir, a esquizofrenia perturba muitos aspetos da vida de um utente e causa déficits no seu funcionamento: cognitivo, perceptivo, motor e emocional.

Da análise dos resultados da evidência consultada, compreendemos que o treino de competências sociais pode incluir intervenções em áreas diferenciadas e relacionadas com: Desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas; Psicoeducação para a gestão de problemas de atenção e memória, psicoeducação para a compreensão da patologia; psicoeducação acerca do tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos; promoção de estratégias de coping para a gestão de sintomas persistentes; psicoeducação para a gestão do stress, promoção da autoconfiança; estimulação da participação em atividades recreativas diárias, promoção do desenvolvimento de relacionamentos amigáveis e participação em atividades sociais (Yildirim et al, 2013). A pesquisa indicou que alguns treinos de competências sociais associaram também às suas intervenções o treino de assertividade, obtendo melhorias na própria assertividade, na ansiedade social e na comunicação interpessoal entre utentes internados com esquizofrenia (14). Todos os estudos analisados (Dizwota et al, 2018; Yildirim et al, 2013; Lee et al, 2013; Kumar & Singh, 2015; Loureiro, 2011; Macedo et al, 2018; Bartels et al, 2013) apresentaram resultados de melhoria ao nível do funcionamento social e da interação social, sendo que os utentes que usufruíram de um Treino Competências Sociais passaram a demonstrar interação

social de uma forma mais significativa e frequente do que os utentes sujeitos a um tratamento habitual (Kumar & Singh, 2015). Nalguns estudos, verificou-se melhoria significativa ao nível da sintomatologia, da capacidade para lidar com o estigma associado à doença, para além da melhoria no nível de funcionamento (Yildirim et al, 2013; (Kumar & Singh, 2015).

Foram ainda encontradas diferenças positivas significativas na adesão à terapêutica farmacológica, na adesão ao seguimento em ambulatório, e na redução da incidência de recaídas e reinternamentos em indivíduos que receberam treino de habilidades psicossociais em conjunto com a família (Yildirim et al, 2013). Alguns utentes após o Treino Competências sociais, começaram a participar em atividades sociais, e aumentaram a interação com colegas, enfermeiros e outras elementos da enfermaria, onde se encontravam hospitalizados (Kumar & Singh, 2015). De salientar que as habilidades ensinadas, no Treino Competências Sociais, foram retidas por um período considerável, sem degradação substancial das mesmas após o término do Programa (Kumar & Singh, 2015).

A síntese destes resultados está no quadro nº2.

| Síntese de resultados da RIL | Domínio de Resultado | |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| | Características universais | Acompanhamento prolongado no tempo |
| | | Envolvimento da família |
| | Intervenções de TCS | Desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de problemas |
| | | Aprendizagem a lidar com problemas de atenção e memória |
| | | Compreensão da patologia |
| | | Psicoeducação em relação à terapêutica farmacológica |
| | | Aprendizagem de estratégias de coping relativas aos sintomas persistentes |
| | | Promoção da autoconfiança |
| | | Estimulação de atividades recreativas diárias |
| | | Incentivo à interação social |
| | | Treino da assertividade |
| | Resultados do TCS | Redução da ansiedade social |
| | | Comunicação interpessoal mais eficaz |
| | | Melhoria do funcionamento social |
| | | Coping eficaz na gestão do impacto do estigma |
| | | Melhoria da sintomatologia |
| | | Melhores índices de adesão à terapêutica farmacológica |
| | | Melhores índices de adesão à terapêutica não farmacológica |
| | | Redução da taxa de reinternamento |

Quadro nº 2 – Síntese de resultados da RIL (Quadro de construção própria)

Na análise do conjunto de competências do EEESMP compreende-se que as intervenções aqui descritas se inserem no Regulamento 515/2018 de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros e que regula as competências de EEESMP. Em pormenor e tal como está explícito neste documento, o EEESMP ensina o cliente e as suas pessoas significativas sobre os efeitos terapêuticos e efeitos não desejados das intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas tal como defende Yildirim et al (2015). Este profissional promove a adesão ao tratamento em pessoas com doença mental grave, implementa intervenções psicoeducativas para promover uma melhor compreensão da situação de doença vivida pelo utente, assim como presta apoio ao utente com doença mental grave e sua família.

Além disto, ainda no âmbito das suas competências, o EEESMP desenvolve intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas centradas nas respostas humanas no processo saúde doença. Segundo o mesmo documento, o EEESMP promove ainda o insight do utente a sua adaptação à situação de doença mental através da implementação de técnicas psicoterapêuticas tal como as descritas nos artigos analisados nesta RIL.

Afinal, o EEESMP possui as competências científicas e técnicas necessárias para o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem de saúde mental, em diversos contextos e em diferentes etapas do ciclo vital da pessoa com esquizofrenia (Loureiro, 2011). A eficácia do tratamento da esquizofrenia aumenta se o utente, a família e a equipa técnica estiverem em estreita colaboração. O EEESMP é capaz de desenvolver e administrar programas que aumentam as habilidades de tomada de decisão e autoestima, oferecendo aos utentes a oportunidade de desenvolverem as suas competências sociais (Yildirim et al, 2013).

3.4 EXECUÇÃO

Partindo da definição de processo de reabilitação social para Melo -Dias (2014,p.16) que é” oferecer às pessoas incapacitadas pela doença mental, a oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde”.

As intervenções do EEESMP pretendem contribuir para o ajustamento das respostas da pessoa doente face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stresse do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e tentando promover a recuperação e qualidade de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

A construção de um Programa de treino competências sociais, visa estruturar um conjunto de sessões, nas quais a aprendizagem das competências se daria em situações naturais. O TCS tem uma orientação definida, ou seja, irá de encontro, preferencialmente às necessidades identificadas no grupo.

A proposta a apresentarmos foi construída tendo em conta os participantes do Programa de Reabilitação que integram as unidades de vida autónoma e cujos objetivos são a partir de intervenções estruturadas, proporcionar a autonomia individual, preparando os indivíduos a manter as competências adquiridas na unidade de treino de autonomia e capacitá-los socialmente, para lidarem de forma mais adequada e adaptada com as diversas exigências do dia-a-dia.(Apêndice I)

Aprender ou reaprender habilidades sociais aumenta as suas competências sociais, e por meio dessas habilidades, o utente pode adaptar-se na família, na comunidade e, eventualmente, retomar linhas de desenvolvimento pessoal interrompidas pelo curso da doença.

São vários e pertinentes os estudos que desenvolveram os TCS, mas decidimos basear a nossa proposta, nas orientações teóricas de Del Prette & Del Prette (1999), Caballo (2008) e Melo Dias (2014).

A proposta de Programa de TCS, a ser implementada pelo EEESMP terá o formato de grupo(dadas as vantagens enunciadas pelos vários autores : a possibilidade de vários participantes; estes sentirem-se apoiados uns pelos outros ; oportunidade de se iniciar o treino com os outros elementos facilitando processo transferência do comportamento treinado para uma situação real ; economia de tempo do terapeuta,...).

O número de participantes deverá compreender um mínimo de 6 utentes e o máximo de 12, mas quando o número for superior a oito, as sessões deverão ser conduzidas por um

terapeuta e coterapeuta, permitindo uma melhor implementação das diferentes técnicas, bem como, uma avaliação mais objetiva das sessões.

São condições fundamentais para a seleção na integração do programa, segundo Liberman et al (1989), “que estejam orientados, sejam capazes de usar e compreender frases simples, ser capazes de seguir instruções de 3 passos, serem capazes de ouvir outro indivíduo 3 a 5 minutos sem interromper e exprimir o desejo de melhorar a sua expressão de sentimentos.”

O local e recursos necessários para as sessões, limitam-se a um espaço amplo para que os participantes consigam usar cadeiras, num semicírculo, onde os participantes de possam todos ver e ouvir, assim como realizar alguns exercícios (Del Prette & Del Prette, 1999).

O mobiliário deve ser simples (quadro branco, cadeiras, mesas, colchões) e ainda deverá existir algum material apoio (canetas, papel, projetor, computador, aparelho de som...).

Em termos documentais será futuramente elaborado um conjunto de materiais necessários à operacionalização das sessões (lista de presenças, compromisso de participação, ficha de avaliação da sessão e certificado de participação).

Em relação ao desenho das sessões, definimos que estas deverão ter uma duração de 45-60 minutos e com uma frequência de 3 vezes por semana, respeitando assim os autores Liberman et al (1989) que defendem “um curto espaçamento temporal entre sessões permite uma rápida aquisição e generalização das habilidades e, aumenta a sua durabilidade”. Quanto à duração do programa, um período extensivo de seis meses foi reconhecido como mais efetivo (Del Prette & Del Prette, 1999).

As sessões intermédias do programa serão constituídas basicamente por três momentos. O momento inicial, com uma duração aproximada de 15 minutos onde faremos o acolhimento aos participantes, preencheremos a folha de presenças e é realizado um jogo simples de quebra-gelo para fomentar o conhecimento e coesão do grupo. Faremos o resumo da sessão anterior e serão discutidas as tarefas de casa, estabelecendo-se uma relação entre o tema trabalhado e a sua aplicação prática, através da partilha de experiências ocorridas durante o intervalo de tempo entre sessões.

De seguida iniciaremos o momento de desenvolvimento da sessão propriamente dito com uma duração de 30 minutos. Consistirá na introdução ao tema específico da sessão e depois a realização da dinâmica de grupo que pressupõe uma participação de todos os elementos, onde serão utilizadas as várias técnicas e procedimentos para que resulte uma aprendizagem ativa da situação experienciada. Consideramos este o momento privilegiado para o treino e reforço das competências sociais.

O último momento corresponde à finalização e terá uma duração de 10 minutos. O terapeuta fará um breve resumo da sessão salientando os aspetos principais discutidos e as conclusões obtidas pelo grupo. Reforça positivamente a participação dos elementos e revê o progresso alcançado. Serão estabelecidas as tarefas para casa como proposta de aplicação prática do que foi aprendido na sessão, pedindo a todos os participantes que estejam atentos às situações de vida diária em que seja possível aplicar os conhecimentos e as aprendizagens adquiridas. O terapeuta dará por encerrada a sessão.

A última sessão do programa corresponde ao término do programa e na qual será feita a avaliação de todo o trabalho realizado. Se é possível determinar a existência de ganhos pessoais, se foram superadas as dificuldades ou até se foram identificados outros problemas. Ainda será entregue um certificado de participação no programa.

Tal como definido anteriormente existe alguma diferença consoante se trate da primeira, da última ou das sessões intermédias, em relação à dinâmica das mesmas, como poderemos observar de forma resumida no quadro 3.

| 1ª Sessão | Sessões intermédias | Última sessão |
|--|--|--|
| 1. Apresentação dos participantes do grupo 2. Apresentação do programa 3. Preencher documento de compromisso de participação 5. Preencher questionário de avaliação de expectativas | 1. Aquecimento ou quebra-gelo 2. Revisão/discussão do TPC 3. Introdução ao tema 4. Dinâmica de grupo 5. Síntese da sessão e novo TPC 6. Avaliação da sessão 7. Finalização | 1. Síntese geral do Programa 2. Entrega do certificado de participação no Programa 3. Preencher questionário de avaliação do programa 4. Marcação da entrevista para avaliar impacto da intervenção 5. Motivar os participantes a desenvolver e utilizar as competências sociais 6. Despedida |

Quadro nº 3 - Dinâmica das sessões

O terapeuta deve motivar os participantes a manter a prática do treino das suas competências e reforçar a capacidade para utilizarem os conteúdos apreendidos e treinados

no programa, nos diferentes contextos da sua vida diária. Dá-se a despedida dos elementos do grupo, tornando a mesma num momento significativo para todos com o propósito de uma tomada de consciência do final do programa e separação do grupo.

Segundo a perspectiva de autores como Caballo (2008), Del Prette e Del Prette (1999), a estrutura do Programa de TCS podem basear-se em teorias humanistas, sistémicas, cognitivas ou comportamentais, contudo, na prática parece predominar o uso de técnicas cognitivo-comportamentais.

Tendo em conta os conteúdos a serem abordados, as técnicas habitualmente usadas podem compreender: as instruções/ensino, o role playing ou representação de papéis, o reforço, o feedback, as tarefas para casa, e a modelação. De seguida iremos caracterizar as técnicas referidas de uma forma sumária, tendo por base as perspectivas de Del Prette e Del Prette (1999) e Caballo (2008). Assim:

- **Instruções/Ensino:** englobam explicações claras e objetivas de como a pessoa se deve comportar numa situação específica de relação interpessoal, por exemplo “Quero que pratique o olhar diretamente a outra pessoa quando está a falar com ela”.

- **Representação de papéis:** é pedido ao participante / utente que represente ou desempenhe um determinado papel. O enfermeiro/terapeuta deve fornecer informação acerca do comportamento esperado;

- **Reforço:** o reforço positivo deve utilizar-se quando o utente consegue realizar um comportamento ou apresenta determinados progressos. Nas sessões importa iniciar pelos aspetos mais positivos, conquistas, sucessos e só numa fase posterior passar para os aspetos mais negativos;

- **Feedback:** disponibiliza-se a informação e o entendimento sobre como o utente deve adotar determinado comportamento. Esta informação deve ser detalhada, positiva e direta destacando-se o elogio, a aceitação e o estímulo como influências positivas na modificação da conduta social;

- **Tarefas para casa:** proporciona ao utente generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões. Permite a prática dos novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, resultando num maior autocontrolo. Estas

tarefas serão planeadas com o próprio servindo de mote para finalização das sessões e início das sessões subsequentes;

- **Modelação:** baseado no Modelo de Bandura, em que a aprendizagem é feita através da observação do desempenho de outra pessoa (terapeuta/modelo). Tem a vantagem de evidenciar os componentes não verbais e para verbais da comunicação.

O Programa de TCS baseia-se numa metodologia ativa, envolvendo a participação de todos os elementos no processo de ensino/aprendizagem de competências sociais reforçando o treino das mesmas, através da sua prática na interação social.

A avaliação do Programa TCS deverá realizar-se em três momentos avaliação: antes, depois da implementação do programa e num período pós-programa (follow-up). (Caballo, 2008). Quanto à forma de avaliação, deixaremos a consideração vários tipos de instrumentos. (Del Prette & Del Prette, 1999).

3.5 AVALIAÇÃO

Uma das características desta etapa da metodologia de projeto é esta ser contínua, permitindo retrocessos permitindo redefinir a análise da situação, reelaborar os objetivos, a ação em si, a escolha dos meios e ainda a análise dos resultados obtidos (Leite, Malpique, & Ribeiro dos Santos, 1989).

A avaliação de um projeto preconiza a aferição da concretização dos objetivos inicialmente propostos. A avaliação como processo dinâmico, implica a comparação entre objetivos definidos inicialmente e os alcançados no final (Nogueira ,2005).

É também nesta fase da Metodologia de Projeto que devemos refletir sobre possíveis alterações que podem ser realizadas após o Projeto; avaliar se os resultados alcançados dão resposta à problemática identificada inicialmente; identificar os pontos positivos e os pontos negativos do Projeto; identificar outras questões que podem vir a constituir-se como futuras temáticas de análise noutros Projetos, resultado deste projeto(Nogueira,2005).

Após a definição dos conceitos descritos anteriormente acerca desta etapa da metodologia de projeto, podemos referir que os dois objetivos definidos, foram alcançados.

Conseguimos realizar uma RIL, procurando a mais recente evidência na literatura, sobre o TCS na pessoa com esquizofrenia e a intervenção especializada de enfermagem de saúde mental no domínio do funcionamento social.

Conseguimos ainda alcançar a construção de uma proposta de um Programa Estruturado de TCS para pessoas com esquizofrenia, ao nível do domínio do funcionamento social e a implementar por EEESMP no futuro, no serviço.

3.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

É através desta fase que se dá conhecimento ao público e a outras entidades, a pertinência do projeto desenvolvido e o caminho percorrido para a resolução do problema. A metodologia de projeto promove o desenvolvimento dos profissionais e melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.

Assim, podemos afirmar que a divulgação dos resultados promove conhecimento “(...) esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.” (Ferrito et al., 2010, p.31).

Consideramos como elementos de divulgação de resultados, a redação do presente relatório de Mestrado de Enfermagem, redigido através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante júri, bem como, a RIL realizada acerca do TCS da pessoa com Esquizofrenia e a intervenção especializada em ESM no domínio do funcionamento social, com uma possível publicação a ser requerida na comunidade científica.

Consideramos pertinentes estes dois elementos enquanto meio de divulgação da temática em estudo, bem como da necessidade de existirem mais publicações de enfermagem acerca desta temática, assim como do processo realizado e dos resultados obtidos, que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados na prática clínica.

PARTE II

1.REFLEXÃO SOBRE AS COMPETENCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir. Deve, pois, possuir uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz (Le Boterf, 2003).

Tal como o descrito no n.º 3 do Artigo 4º do REPE, o EE é “(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.99).

De acordo com o Artigo 2º do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, podemos encontrar o conjunto de competências especializadas (que conjugam o perfil de competências específicas do EE em conjunto com as competências comuns) e que enquadram as mesmas competências e as certificam por forma aos cidadãos saberem o que lhes é possível esperar destes profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No decurso deste capítulo tentaremos desenvolver de forma pormenorizada a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, competências específicas e de mestre na especialidade saúde mental e psiquiátrica, ocorridas quer no percurso académico quer durante o contexto de estágio, num processo reflexivo e pessoal.

1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências comuns são todas as que se mostram transversais aos Enfermeiros de todas as áreas de especialidade e que se evidenciam através da “(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Estas encontram-se enunciadas no Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, e encontram-se agrupadas por domínios de competência que são:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (Domínio A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (Domínio B);
- c) Gestão dos cuidados (Domínio C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Domínio D).

Para uma prestação de cuidados de excelência e pela importância das competências acima referidas, passaremos à sua análise e ao processo que levou ao processo de aquisição e desenvolvimento das mesmas.

Neste primeiro domínio,” o enfermeiro distingue-se pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir” Nunes (2017).

Assim:

A1 – O EE desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 – O EE garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A enfermagem possui um corpo de conhecimentos identificados na prática diária, resultado da estrutura única da disciplina de enfermagem que a diferencia de outras disciplinas.

Podemos afirmar que as tomadas de decisão realizadas no decorrer da prestação de cuidados no estágio Final, resultou da mobilização dos conhecimentos científicos, princípios

de deontologia profissional e enquadramento jurídico, tal como definido nos critérios inerentes ao domínio desta competência.

O local de estágio permite o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem sob a metodologia de enfermeiro Gestor de Caso, sendo que neste contexto tivemos a oportunidade de estabelecer e desenvolver relações terapêuticas, intervindo nos projetos terapêuticos estipulados para cada utente, os quais pudemos discutir com restante equipa multidisciplinar.

A participação nas diversas reuniões com a equipa multidisciplinar, promoveu a nossa participação e discussão, nas tomadas de decisão associadas à prestação de cuidados. Os resultados foram avaliados e partilhados por forma a promover o desenvolvimento da prática especializada.

As estratégias de resolução de problemas, foram resultado de discussão com o próprio utente e posteriormente com os elementos da equipa multidisciplinar, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional no seio da equipa, indo igualmente ao encontro dos critérios de avaliação da competência.

Pautámos a nossa conduta profissional, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei 156/2015), para tal, acautelámos a promoção de práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Demonstrámos uma prática respeitadora pelos direitos humanos, promovendo o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, no seio da equipa de Enfermagem onde está inserido; promovendo a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional e promovendo o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

Ao realizarmos a Revisão Integrativa da Literatura acerca do TCS na Pessoa com esquizofrenia, procurámos encontrar uma fundamentação baseada na evidência, que permitisse uma tomada de decisão mais estruturada e consistente nos cuidados prestados.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro “incorpora os resultados da investigação na sua prática” (Ordem Enfermeiros).

Todas as decisões tomadas no decorrer do Estágio e na Construção do Programa de TCS envolveram a auscultação da equipa e do enfermeiro orientador.

Com o referido anteriormente, podemos concluir que as competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal foram adquiridas através da conduta assumida, bem como através da contribuição valiosa de todas as Unidades Curriculares, mas em particular das: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II.

No segundo domínio, **Domínio B** - Melhoria contínua da qualidade incluem-se as seguintes competências:

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Este segundo domínio das competências refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade, podendo expormos que este se encontra interligado ao domínio anteriormente descrito.

Essa interligação deve-se ao facto de o enfermeiro centrar a sua atuação profissional na relação interpessoal, devendo para tal, valorizar e respeitar os valores, crenças e desejos quer individuais quer da família, atuando no alcance da autonomia e respeito pelas opções dos doentes e o próprio cuidado prestado. Para que tal seja possível, deve o EE, através da aplicação dos seus conhecimentos, competências e correta orientação da prática pelos documentos legais orientadores e regulamentadores da própria profissão "(...) contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades." (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.98).

Não podemos deixar de referir que no percurso enquanto ECG nos últimos catorze anos, houve oportunidade de contribuir para Melhoria da Qualidade, tendo para isso iniciado e participado em projetos institucionais na área da qualidade. De realçar a nossa colaboração na elaboração de Protocolos de funcionamento da Área de Dia, protocolos na área de atuação dos cuidados de enfermagem no Programa de Prevenção de Recaídas e das intervenções de enfermagem na Consulta de Enfermagem, bem como na implementação do Programa de Visita Domiciliária.

Acreditamos que para ser objeto no processo de melhoria de Qualidade, o próprio Enfermeiro tem de procurar melhorar (dado que o enfermeiro é o seu próprio instrumento de trabalho), e assim o investimento na frequência deste Mestrado, foi parte do processo de melhoria individual, através da aquisição e desenvolvimento de competências.

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliámos a qualidade, e, partindo dos resultados, elaborámos uma proposta de implementação de um programa de TCS estruturado, indo de encontro as necessidades apresentadas pelo local de estágio, no seu próprio processo de melhoria contínua.

Para tal, identificámos uma oportunidade de melhoria (o treino de competências sociais ao nível do empoderamento da pessoa com esquizofrenia, obtendo melhorias no seu funcionamento social), selecionando como estratégia a proposta de construção de um Programa que evidenciasse as intervenções do EEESMP no TCS.

Podemos afirmar que durante a realização do Estágio, foi máxima preocupação, a garantia de manter um ambiente seguro e terapêutico, adotando um comportamento coincidente com as unidades de competência presentes no Regulamento anteriormente descrito, tais como: estimular no seio da equipa o respeito pela individualidade, crenças culturais, religiosas e espirituais do doente (realçando a importância do local de estágio apesar de pertencer a uma ordem religiosa católica, possibilitar aos doentes o desejo de expressar e vivenciar outra qualquer religião a que pertençam); garantir a administração de medicação através da aplicação e mobilização de conhecimentos no âmbito terapêutico, de forma segura; garantir a confidencialidade dos dados adquiridos; promover a adesão a comportamentos promotores de saúde tanto pela pessoa como pela sua família.

Do **Domínio C** – Gestão de cuidados fazem parte as seguintes competências:

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Para podermos alcançar a primeira unidade desta competência, o EE deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

A delegação em alguém, não supõe a substituição do Enfermeiro e a delegação propriamente dita é referente a uma tarefa, nunca à responsabilidade inerente à mesma. Neste sentido, e porque o local de estágio que realizámos foi em Unidades de residência de Autonomia, a delegação de tarefas foi atribuída sempre que necessário às Monitoras das Residências, com quem o Plano de atividades instrumentais de vida diária, eram partilhados, não descurando a supervisão e avaliação dos cuidados prestados, nestas situações.

Podemos assim considerar que contribuímos para uma gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos da instituição em que desenvolvemos o estágio.

Fomos um elemento proativo, assegurando uma postura segura, assertiva, sempre disponível e empenhada na aquisição de competências e alcance dos objetivos a que nos propusemos, estabelecendo assim, uma relação privilegiada com a equipa multidisciplinar. Em contrapartida, recebemos da equipa, fácil aceitação e disponibilidade para ajudar no percurso de formação.

Não podemos deixar de realçar que para que fossem possíveis a aquisição e o desenvolvimento dos aspetos pressupostos à competência C2, em muito contribuiu a nossa experiência profissional nos últimos catorze anos num serviço de Psiquiatria, assim como as unidades curriculares de Governação Clínica e Gestão em Saúde e o desenvolvimento ao longo do estágio profissional.

Por último, o **Domínio D** – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, do qual fazem parte as competências D1 e D2:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O EE demonstra a capacidade de autoconhecimento, fundamental na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere na construção de relações terapêuticas. Realça a dimensão de Si e da relação com o Outro, num contexto único, profissional e organizacional.

O autoconhecimento é uma das responsabilidades mais importantes da vida, segundo Peplau (1992). Segundo a autora é função do enfermeiro ajudar o indivíduo a pensar e a identificar os seus problemas, bem como a necessidade de obter ajuda.

Neste processo, o enfermeiro, leva o utente a alcançar o seu desenvolvimento pessoal.

O autoconhecimento e assertividade na prestação de cuidados especializados, assenta em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, do Diário da República).

Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e profissional de enfermagem, influenciando os processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto) é um processo que se inicia com uma análise e reflexão profunda sobre um percurso de vinte e quatro anos, enquanto enfermeira de cuidados gerais e a importância de todas as experiências vivenciadas na última década, cujo foco de cuidados foi a pessoa com doença mental e, culmina com a reflexão das experiências vivenciadas enquanto formanda.

A nossa prática clínica tem sido pautada por um forte sentido e busca de uma consciência de nós próprios, processo que vimos intensificado ao longo destes dois anos de mestrado em enfermagem. O período de estágio foi um momento de grande evidência, com um forte impacto emocional e que nos tem conduzido por um percurso de autoconsciencialização e autopercepção, conduzindo a uma melhoria na eficácia da gestão das emoções.

Todo este processo foi beneficiado através das ferramentas adquiridas nas unidades curriculares como Desenvolvimento Pessoal, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e Relação.

O EE alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como elemento facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

O sucesso da mudança de prática baseada em evidências numa organização, requer apoio da liderança e um programa sistemático para mudança de prática (Rossworn & Larrabee, 1999).

Através da RIL aprofundámos práticas de pesquisa com base na evidência, acerca da intervenção especializada em enfermagem de Saúde Mental, no TCS na pessoa com esquizofrenia, o que permitiu "(...) aprofundar conhecimentos atuais e pertinentes e conceber e gerar programas e dispositivos formativos "(Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

No decurso do Estágio Final houve preocupação em participarmos em Congressos e Formações que pudessem de alguma forma enriquecer e contribuir para uma aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de uma prática especializada. Neste sentido participámos:

No “I Encontro Tela de Emoções, VIII Encontro + Contigo” decorreu no dia 02 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (Anexo 1)

Nas “3as Jornadas Templárias de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Médio Tejo), EPE (Anexo) subordinadas ao tema “Saúde Mental na Comunidade, Respostas e Desafios” e nos Workshops dedicados aos temas: “Prevenção do suicídio para pessoas de referência na comunidade” e “Primeira Ajuda em Saúde Mental”. (Anexo 2)

Nas “Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental- 60 anos de Hospitalidade - (RE)Criar cuidados de saúde mental”, tendo a oportunidade de contribuir com a realização de um poster “A Importância da Proximidade do Cuidar– Papel do EESM num Programa de Visita Domiciliária”. (Anexo 3)

No evento I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva, realizado de 2 a 3 de junho de 2020, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. (Anexo 4)

Todas estas participações foram essenciais no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, para a aquisição de novos conhecimentos no contexto da melhoria nos cuidados e ainda, para a tomada de decisão com base em conhecimentos especializados.

1.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL

Podemos considerar as competências específicas do EEESMP todas as que “na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Assim e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros o EEESMP, além das competências gerais possui ainda competências específicas de acordo com o Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, que são as que passamos a nomear de seguida:

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

De seguida iniciaremos uma discussão reflexiva das competências adquiridas ao longo do percurso profissional e principalmente académico em cada um dos diferentes domínios.

Competência 1

“Detém um elevado, conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional.”

“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”

O esperado, é que o desenvolvimento desta competência ocorra ao longo de todo o nosso percurso pessoal e profissional adquirindo, autoconhecimento e autoconsciência. Assim o desenvolvimento desta competência verificou-se no percurso académico, não apenas durante a realização do estágio, mas também com os contributos da Unidade Curricular Análise Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e através dos exercícios teórico-práticos que permitiram sustentar o processo de autoconhecimento e desenvolvimento de estratégias para interagir com o Outro na relação (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Apesar do estágio II ter sido num local promotor de desenvolvimento, foi também um período particularmente desafiante (dado as experiências vivenciadas em simultâneo no local de trabalho). Nem sempre foi fácil gerirmos e lidarmos com as novas situações com que nos deparámos e sob as quais tivemos de refletir e partilhar com o enfermeiro e docente orientador, por forma a ser possível evoluir.

De acordo com Nunes (2017, p.133), “a reflexão como fonte de conhecimento, valoriza a experiência humana, a consciência de Si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os outros. O Processo de Refletir” (...) “é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar-se novos insights sobre Si e habituar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática.” Para esta reflexão, o estágio foi um momento privilegiado de aprendizagem tendo por base a reflexão da prestação de cuidados nos diversos contextos de trabalho.

Segundo Townsend (2011, p.122) “O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha capacidade de autoconsciência e autoconhecimento”, ou seja, o enfermeiro é o seu próprio instrumento de trabalho e para tal, deve conseguir deter uma elevada consciência de Si e investimento no seu desenvolvimento pessoal e profissional, para que tornar exequível o uso da relação ,como instrumento terapêutico (Lopes 2018).

Ser capaz de identificar aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais passíveis de interferência na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar, foi alcançado com o apoio e partilha de experiências, conhecimentos e técnicas, do enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar, que nos conduziram a um processo de melhoria.

No decorrer do estágio e assumindo um papel inicial de observação, em algumas reuniões multidisciplinares com os familiares ou cuidadores dos utentes ali integrados, fui muitas vezes confrontada com os juízos de valor pré-concebidos e atribuídos de forma errónea às pessoas com doença mental, e que havia vivenciado no início da minha experiência profissional.

Assim como para Rogers (2010) “é sempre altamente enriquecedor poder aceitar outra Pessoa”, independente da forma como enfrenta a vida e os seus problemas, do que sente em relação a nós próprios, para que no processo de crescimento pessoal, de autoconhecimento, sejamos capazes de nos aceitarmos, ouvindo-nos a nós próprios e tornando-nos mais eficazes.

Competência 2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

“Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”

“Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.”

“Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

Para que seja possível a aquisição de competências neste domínio, baseámos a nossa prática em premissas defendidas na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, Lopes e Carl Rogers. Para isso desenvolvemos e aplicámos habilidades comunicacionais quer com o utente quer com a família, por forma a estabelecer Relação de Ajuda.

Para o autor Carl Rogers, Relação de Ajuda pode ser definida como “as relações na quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Rogers, 2010).

A relação de ajuda possui uma característica particular: “Não se trata de uma conversa amigável nem é uma exposição brilhante da pessoa que ajuda, nem uma discussão no sentido de troca de pontos de vista e de objeções entre os interlocutores (Phaneuf, 2005).

Dando início à interação que dará início a uma relação interpessoal e de ajuda, devemos considerar como fatores determinantes: o ambiente, o contexto e comunicação. Será necessário acolher o outro com empatia, autenticidade, confiança, compreensão, respeito, intimidade profissional, promovendo não só uma relação de confiança, mas acima de tudo uma aliança/relação terapêutica. (Lopes, 2018).

Para Peplau, o processo de relação interpessoal na enfermagem pode ser descrito em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, sendo que estas etapas estão interrelacionadas e sobrepostas.

Na fase inicial ou de orientação, o utente apresentará uma necessidade e pedirá ajuda profissional. Durante o processo de interação, a enfermeira, identificará as necessidades do mesmo, recolhendo as pistas referentes ao modo de como visualiza a dificuldade que está a vivenciar, permitindo neste contacto alcançar a compreensão acerca do problema. Deverá o EESMP ser capaz de recolher a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos utentes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a

prevenção da perturbação mental. Este processo de avaliação exige o uso de aptidões de comunicação, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Através desta etapa o EEESMP recolhe a informação necessária e pertinente para executar os processos de avaliação tal como são referidos nas unidades desta competência (Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018)

Concordamos com Nunes (2017), quando esta define que o foco dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital deve ser “prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procurar-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária.”

Podemos afirmar que esta competência foi alcançada através da elaboração do nosso Projeto de estágio, para o qual houve necessidade de avaliação das necessidades dos utentes, no contexto em que se encontra inseridos e que iriam ser alvo dos cuidados que complementado com a RIL , permitiu a elaboração da Proposta de um Programa de TCS, onde se evidencie a intervenção do EEESMP.

Aplicámos a metodologia do processo de enfermagem, através da realização da Avaliação Inicial, a partir da realização de entrevistas não formais e formais , semiestruturadas, sendo possível a identificação das necessidades da utente ,no contexto em que se encontrava inserida, o que conduziu à formulação de diagnósticos de enfermagem e discussão de intervenções de enfermagem a implementar , baseadas nas suas capacidades e os objetivos que se pretende alcançar na consecução do seu projeto de saúde. Este processo conduziu a aplicação de estudo de Caso.

Competência 3

Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:

“Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”

“Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”

“Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”

“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”

“Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”

Seguindo este raciocínio, a OE refere que: “O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adotados pelo Internacional Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros” (Regulamento nº356/2015 p.17034).

Adotámos a Metodologia de gestor de caso, já implementada na equipa multidisciplinar, aos utentes integrados na instituição.

Assim implementámos o Processo de enfermagem que consiste, segundo Townsend (2002) um “processo contínuo, dinâmico e não estático, aceite como uma metodologia científica de enfermagem, orientada para a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade”

Nesta fase de planeamento, o EEESMP prioriza os diagnósticos de enfermagem formulados, identifica os resultados esperados e planeia as intervenções de enfermagem adequadas a implementar, utilizando o raciocínio diagnóstico como forma de julgamento clínico e recorrendo à CIPE versão 2015.

Estes planos de cuidados, individualizados e personalizados, foram construídos em parceria com o próprio utente com o objetivo de facilitar o processo de tomada de decisão do qual o mesmo faz parte.

A construção de um Programa estruturado de TCS aplicado à pessoa portadora de esquizofrenia, foi possível, contudo a sua aplicação ao grupo (ao qual se identificaram as necessidades), foi impossibilitada por questões temporais.

De realçar, no entanto, que foi possível a aplicação de algumas intervenções definidas neste TCS à utente alvo do nosso estudo de caso.

Competência 4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto

e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter e recuperar a saúde:

“Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.”

“Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.”

“Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.”

Esta competência diz respeito à avaliação dos resultados obtidos com a implementação das intervenções do plano de cuidados.

O EEESMP deverá realizar a avaliação das intervenções implementadas, com o objetivo de ajudar a recuperar e reabilitar a pessoa por forma atingir o seu potencial.

A relação terapêutica consolida-se através de cuidados psicoterapêuticos que são uma parte constituinte dos cuidados de enfermagem. Assim o enfermeiro presta cuidados aos três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a capacitar as pessoas a “melhorar, manter ou recuperar a saúde, lidar com problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, seja qual for a sua doença ou deficiência até a morte Royal College of Nursing, 2003 citado por Lopes, sd.

Um dos principais objetivos da unidade era precisamente capacitar a pessoa portadora de doença mental, por forma a que esta consiga ter uma vida o mais plena possível dentro das suas circunstâncias, sejam elas: pessoais, familiares e sociais.

Foi um estágio muito enriquecedor, com evidência do grande envolvimento multidisciplinar com as pessoas. O processo de reabilitação era desenhado com e para a pessoa, sendo possível, estas se sentirem responsabilizadas pelas suas escolhas em diferentes contextos: faltas, cumprimento de horários e/ou atividades, mas também dias de férias ou visita à família.

Refletindo acerca dos objetivos alcançados com as intervenções planeadas, podemos afirmar que foi possível o alcance dos mesmos, deixando em aberto alguns diagnósticos de enfermagem que necessitariam de uma intervenção prolongada temporalmente.

Podemos afirmar que dotámos a utente de habilidades de comunicação assertiva com a família e incentivámos a sua reflexão para a modificação de comportamento.

No Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica enumera as intervenções exclusivas do EEESMP, considerando-as todas como intervenções psicoterapêuticas, e disponibiliza o “Modelo procedimental das intervenções psicoterapêuticas” com 3 planos para diferentes intervenções:

- A- Intervenção Psicoterapêutica Pontual - Sessão única;
- B- Intervenção Psicoterapêutica - Mínimo 3 sessões;
- C- Programa - Conjunto alargado de intervenções pontuais ou psicoterapêuticas.

Assim foi possível a realização de diferentes intervenções:

Programa de Treino Individual de Gestão Autónoma da Medicação (C), (de acordo com as dificuldades /necessidades individuais, a preparação terapêutica poderia ser semanal ou para 4 semanas). Como objetivos: promover a adesão terapêutica, manusear corretamente a caixa individual da medicação e adquirir autonomia na preparação correta da medicação semanal. O Treino tinha uma duração aproximada de 30 minutos por utente. As Intervenções consistiam em: Ensinar a ler/interpretar guia de prescrição terapêutica semanal, ensinar a identificar a medicação e a manipular da caixa individual. Estas sessões corresponderam a momentos privilegiados para o ensino individual sobre a medicação, sobre o processo de doença e sobre as emoções sentidas na preparação da terapêutica.

Com o decorrer destas sessões, os utentes foram desenvolvendo maiores competências de autonomia, sendo que na fase final do estágio, em relação à maioria dos utentes, foi assumido mais o papel de supervisão, corrigindo pontualmente os erros, esclarecendo dúvidas e efetuando reforços positivos.

Sessão de relaxamento com 3 settings (B): respiração abdominal, alongamentos e Relaxamento Progressivo de Jacobson Modificado.

O objetivo das técnicas é, acima de tudo, induzir o relaxamento. Sabendo que as pessoas com doença mental apresentam momentos de grande ansiedade, faz sentido dotá-las de técnicas que as auxiliem a lidar com a sua doença.

A técnica de respiração abdominal funciona pela ativação da atividade parassimpática, que conduz a uma descarga de acetilcolina, diminuindo consequentemente o ritmo respiratório (Payne, 2003).

Os alongamentos ajudam a manter a mobilidade das articulações pela estimulação da circulação do líquido sinovial, resultando num sentimento de prazer, conforto e alívio, induzindo sensação generalizada de relaxamento (Payne, 2003).

Por fim, foi realizado o Relaxamento Progressivo de Jacobson Modificado, que consiste no trabalho sistemático dos principais grupos musculares esqueléticos, criando e libertando a tensão. Como resultado, o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular e a relaxar (Payne, 2003). O termo “modificado” ocorre foi realizado o exercício com 16 pares de músculos (e não os 48 frequentemente utilizados). (Apêndice II)

Intervenções psicoterapêuticas pontuais (A), foram ajustadas às necessidades da utente, com vista a alteração de modificação do comportamento, adoção de estilos de vida saudáveis, treino de competências (saber falar ao telefone, aprender a escutar...), treino de autonomia em atividades instrumentais de vida diária (utilização de transportes públicos, preparação de refeições, gestão económica. (Apêndice III)

Não podemos deixar de salientar o papel importante que a RIL assumiu, no desenvolvimento da atual competência, dado que os resultados obtidos constituíram um aumento dos conhecimentos acerca da temática proposta e uma base fundamental para a construção de um Programa de TCS nas pessoas com esquizofrenia, ao nível do domínio do seu funcionamento social.

~

1.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ao longo do Mestrado adquirimos e desenvolvemos competências com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados prestados no âmbito da Saúde Mental, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos, adquirindo assim as competências de Mestre que constam em Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º 157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

I. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

II. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O atual curso de ME de acordo com o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação, prevê a aquisição das seguintes competências de Mestre:

“Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; “

“Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; “

“Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;”

“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;”

“Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; “

“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;”

“Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.”

Ao longo da descrição deste relatório, temos vindo a demonstrar o investimento pessoal numa procura incessante de conhecimentos, que fundamentasse a prática de

enfermagem numa evidência estruturada, o que nos conduziu neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Atuámos assim em conformidade, ao assumir o dever de manter os conhecimentos atualizados de forma contínua, utilizando competentemente as tecnologias, não se esquecendo da formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O decorrer deste percurso académico e para ir de encontro aos objetivos de aprendizagem, desenvolvemos capacidades de investigação, através da realização dos trabalhos solicitados e no decurso do estágio preconizado para o ciclo de estudos.

Conseguimos desenvolver capacidades de investigação, que se mostraram evidentes nalgumas áreas, nomeadamente na elaboração de revisão integrativa da literatura, pesquisa informal para resolvermos problemáticas do quotidiano da prática clínica, no projeto de intervenção em serviço, entre outros. Outras das atividades desenvolvidas que demonstram a aquisição desta competência, passou pela elaboração de um artigo científico cuja submissão, a um periódico científico a fim de ser publicado, foi atrasada devido à atual situação de pandemia que o País atravessa. (Apêndice IV)

Podemos afirmar que apesar da frequência do ciclo de estudos não conferir todo o conhecimento necessário, permite que reunamos as ferramentas necessárias determinadas para que num determinado contexto, sejamos capazes de encontrar soluções indo em busca das fontes de conhecimento e evidência científica que lhe permitem dar resposta ao problema.

Tendo por objetivo o aprofundamento de conhecimentos adquiridos em diversos contextos, investimos na formação continua além da formação académica, participando em 2 congressos, nos quais apresentámos dois posters: “A Importância da Proximidade do Cuidar na Prevenção de Recaída: Programa de Visita Domiciliária” (Apêndice V) e “A Importância da Proximidade do Cuidar – Papel da EESM num Programa de Visita Domiciliária” (Apêndice VI)

CONCLUSÃO

O ser humano é um ser social por natureza, porém isso não o capacita por si só para um desempenho social ajustado e eficaz. Ao longo do trabalho verificámos que o desenvolvimento pessoal e social depende de muitas variáveis intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo e que as competências que lhe permitem ter um comportamento ajustado têm de ser alvo de aprendizagem, principalmente para as pessoas com esquizofrenia.

Considero que o que me motiva e conduz à prática de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica e inclusivamente a frequência deste Mestrado, é acreditar que a pessoa com doença mental grave tem potencial para um processo de recuperação e crescimento, podendo melhorar as suas competências com formação e treino, traduzindo-se num funcionamento social mais adaptado e através das intervenções diferenciadas do EEESMP.

Na preocupação de contribuir para a evolução dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros procuram investir na sua formação académica e profissional, o que lhes permitirá produzir, divulgar e utilizar o conhecimento científico, indo de encontro ao que está referido no Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004, p.144) sobre a valorização das atividades de investigação “(...) com especial enfoque nos enfermeiros (...)” considerando assim a enfermagem como uma das áreas prioritárias de investigação. Os enfermeiros especialistas em saúde mental adquirem as competências científicas e técnicas que lhes permitem assumir um papel de relevo na conceção, implementação e avaliação destes programas, sendo necessário ter sempre por base, os contributos teóricos explicativos que sustentem uma abordagem aplicada.

Considero com este percurso ter atingido os objetivos propostos inicialmente e desenvolvido as competências de EEESMP.

BIBLIOGRAFIA

- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde mental no Mundo. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Suíça: Organização Mundial de Saúde.
- Afonso, P. (2010). Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença. Cascais: Príncipe editora.
- Amaro, F. (2005). Fatores Sociais e Culturais da Esquizofrenia. Lisboa: Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (trans. 4ª. Ed.). Lisboa: Climpso Editores
- Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global/doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Bartels, S., Pratt, S., Mueser, K., Forester, B., Wolfe, R., Cather, C. et al. Long-term outcomes of a randomized trial of integrated skills training and preventive healthcare for older adults with serious mental illness. The American Journal Of Geriatric Psychiatry: Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry (internet). 2013 (acedido em 2019 Nov); 22(11): 1251–1261. Disponível na internet: doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.013
- Beauchamp, M. H. & Anderson, V. (2010). Social: an integrative framework for the development of social Silos. Psychological Bulletin, 136(1), 39-64. doi:10.1037/a0017768
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. (2004). Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide. New York: Guilford Publications.
- Boterf, G. (2003). Développer la compétence des professionnels. 4ª edição. Paris: Édition d'Organisation.
- Caballo, V. E. (1996). O treino em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.), manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento (pp. 361-398). São Paulo: Santos

Chiwaula, C. H., Chinkhata, M., Kamera, H., & Haruzivishe, C. (2018). Evidence Based Practice: A Concept Analysis. *Health Systems and Policy Research*, 05(03), 1–7. <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100094>

Coordenação Nacional para A Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process?
British Medical Journal, 280, 66-69

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais, terapia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Treino assertivo ontem e hoje. In C. E. Costa, J.C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Eds.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 149-160). São Paulo: ESETec Editores Associados

Despacho nº 11641/2014 de 17 de setembro. Diário da República, 2ª série nº 179.
Regulamento de Creditação de Unidades Curriculares do Instituto Politécnico de Setúbal.
Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/1077838/despacho-11641-2014-de-17-de-setembro>

Dias, I. S. (2010). Competências em educação: Conceito e significado pedagógico. *Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 73-78.

- Domenico E., Ide C. (2003) Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem* janeiro-fevereiro; 11(1):115-8.
- Dziwota E., Stepulak M.Z., Włoszczak-Szubzda A., Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018, Vol 25(1): 50–55 (acedido em 2019 Out 30). Disponível na Internet: <https://doi.org/10.5604/12321966.1233566>
- Ferreira, E. F., & Munster, M. A. (2017). Avaliação das habilidades sociais de crianças com deficiência intelectual sob a perspetiva dos professores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 23(1), 97-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382317000100008>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Foster, M. (1999). Interventions for neurocognitive deficits: editor's introduction. *Schizophr Bulletin*, 25(2), 197–200. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033373>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Howk, C. (2004). Hildgard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. Teorias de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem. 5ª Edição, Loures: Lusociência. p.p. 423-434
- Kumar B., Singh, A. R. (2015). Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia. *The Qualitative Report*, 20(5), 660-696. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss5/10>
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
- Lopes, J. A., Rutherford, R. B., Cruz, M. C., Mathur, S. R., & Quinn, M. M. (2011). Competências sociais. Aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Lopes, M. J. (2005). Os Utentes e os enfermeiros: Construção de uma relação. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:4_8JEqg89VK2gM:scholar.google.com/

- Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. 247–257. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: Conceptualização e modelos teóricos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Loureiro, C. R. E. C. (2013). Competências sociais de estudantes do ensino secundário: Construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção. (Tese de Doutoramento) Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Macedo M, Marques A, Queirós C, Mariotti MC. Esquizofrenia, atividades instrumentais de vida diária e funções executivas: uma abordagem qualitativa. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* (Internet). 2018 (acedido em 2019 Nov), Disponível na Internet: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910>
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri
- Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Revista Saúde Mental*, IX (6), 7-10.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, Gestão de conflitos e Saúde na escola*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- Melo-Dias, C., & Silva, C. (2014) Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia - revisão. *Revista Nursing*, janeiro, fevereiro, março, Ano 26. Disponível em <http://www.nursing.pt/habilidades-de-conversacao-em-doentes-com-esquizofrenia>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. Disponível em <https://doi:10.1371/journal.pmed1000097>
- Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. Tatuapé: Editora Érica
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures, Portugal; Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico, acessado a 09 de junho de 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição do Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros sobre Investigação em Enfermagem. Acedido a 19 de abril de 2020 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos enfermeiros (2018). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental nº 356/2015 de 25 de junho. Publicado em Diário da República, n.º 122, 2ª série. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/923766/regulamento-356-2015-de-25-de-junho>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Especializados Em Enfermagem De Saúde Mental. 1, 37. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº 151 de 7 de agosto de 2018;(Anexo I):21427–30.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Publicado em Diário da República, nº 140/2019, 2ª série. Nº 140 de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2(12).
- Payne, R. A. (2003). Técnicas de Relaxamento, um guia prático para profissionais de saúde. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: a framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13–18. <https://doi.org/0803973233>
- Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. Retrieved from 10.1177/089431849701000407
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat. Editores, S.A.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta

- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*, 50, 15-20
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se Pessoa*. 1ª edição, Lisboa, Portugal.
- Rose-Krasnor L (1997) The nature of social competence: a theoretical review. *Soc Dev* 6(1):111–135. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1997.tb00097.x>
- Rosswurm, M. A.; Larrabee, J. H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice, *The Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 317-322. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos nº 15 (janeiro-março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN: 16465067.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Townsend, M.C. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados*. (3ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência
- Universidade de Aveiro. (2015). *Citar e referenciar: estilo bibliográfico APA 6th*. Aveiro: Serviços de biblioteca, informação documental e museologia.
- Vieira de Campos, L. (2009). *Doença Mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- WHO. (2005). *Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Genebra: World Health Organization.
- Yıldırım A, Aşilar RH, Camcioğlu T, Erdiman S; Karaağaç E. Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing Journal* 2015: (acedido em 2019 Nov) Disponível na Internet: <https://doi.org/10.1002/rnj.195>

APÊNDICES

APÊNDICE I

PROPOSTA DE PROGRAMA DE TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS,
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL
NO DOMÍNIO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM
ESQUIZOFRENIA



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente(s): Professor Doutor Raul Cordeiro

PROGRAMA DE TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS, INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL NO DOMÍNIO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

Autora: Rute Galvão

junho

2020

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professor Doutor Raul Cordeiro

PROGRAMA DE TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS, INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL NO DOMÍNIO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

Autora: Rute Galvão

junho

2020

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Uma das principais características da esquizofrenia é a redução do funcionamento psicossocial do indivíduo, incluindo as habilidades de autocuidado e outras habilidades necessárias para um estilo de vida independente e competente, qualidade de relacionamentos, vida familiar e desempenho ocupacional (APA, 2004).

Descrito na literatura, as pessoas com esquizofrenia possuem uma rede social menor, do que as pessoas sem história de perturbação mental e, além de possuírem menos recursos, também os utilizam menos vezes (Ornelas, 1994).

A definição de funcionamento social é a capacidade de desempenhar socialmente papéis diferentes, tais como: pai, trabalhador, membro de uma família entre outros e da satisfação pessoal perante a capacidade de desempenhar esses papéis, as suas relações interpessoais (qualidade e vínculo) mas também a capacidade de se auto cuidar ou ser autónomo (Corrigan, 2008).

Ainda segundo, o mesmo autor, a realidade de muitas destas pessoas é querer viver de forma independente, logo faz todo o sentido apostar em Programas de Treino de Competências Sociais permitindo-lhes melhorar o seu funcionamento social e consequentemente, uma vida mais gratificante e com mais qualidade.

O Treino de Competências Sociais, trata-se de um programa de intervenção ao nível dos défices das competências sociais, com objetivo de as desenvolver e, promover interação social e comunicação interpessoal (Dell Prette & Dell Prette, 2010).

O Programa de Treino Competências Sociais, em pessoas com esquizofrenia, envolve o desenvolvimento de técnicas que permitam o ensino das: habilidades de conversação; habilidades de perceção social e habilidades para resolução problemas (Bellack, 2004).

Sendo o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental dotado de um corpo de conhecimentos científicos e cuja competência, é “prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”(OE, 2018) , faz sentido ser ele a promover o desenvolvimento e aplicar, Programas de Treino de Competências Sociais com o objetivo de ajudar a pessoa doente a recuperar a sua saúde mental, mas também ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, levando-as a atingir um padrão de funcionamento saudável e funcional na comunidade onde se insere.

Assim a base deste programa de formação foi profundamente baseado em obras cruciais do trabalho clínico e pedagógico nas habilidades sociais: o Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia(Coelho & Palha, 2006), o Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide(Bellack, 2004) e o Programa de formação de generalização de habilidades de conversação

em doentes com esquizofrenia (Melo Dias, 2004) ainda nos vários e pertinentes estudos que desenvolveram os TCS, como : Del Prette & Del Prette (1999) e Caballo (2008) .

Número de sessões: 11 sessões com frequência de 2 vezes por semana (e mais 3 sessões de avaliação, em momentos distintos).

Tempo de Duração das Sessões: 45 a 60 minutos.

Aplicação: Pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e défices nas competências sociais

Número de participantes: 6 a 12 pessoas

São critérios de integração no programa: Pessoas que estejam orientadas, sejam capazes de usar e compreender frases simples, ser capazes de seguir instruções, exprimir o desejo de melhorar a sua expressão de sentimentos e que não se encontrem em fase aguda da doença. O caráter voluntário dos participantes é fundamental para a constituição do grupo. O desenvolvimento de atitudes como : respeito, compreensão e dos princípios éticos, dos quais destacamos, a responsabilidade (todos os elementos devem assumir a responsabilidade dos seus atos e manter uma relação autêntica/verdadeira com todos), a confidencialidade (toda a informação partilhada no decurso do programa só pode ser transmitida publicamente com autorização expressa da pessoa cuja informação lhe diz respeito), o relacionamento profissional (no decorrer do programa o formador deve manter com os participantes uma relação estritamente profissional).

Objetivo geral do programa: Capacitar as pessoas com estratégias de coping, que contribuam para o ajustamento emocional, modificação do comportamento, enfrentar a doença, melhorar o bem emocional, psíquico, a qualidade de vida e funcionamento social.

Objetivos específicos:

- Desenvolver um programa de formação de generalização de competências sociais dirigido ao treino e desenvolvimento das mesmas;
- Avaliar a eficácia do programa de formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia.

Metodologia a ser utilizada: os métodos a serem utilizados serão o método expositivo, interrogativo e método demonstrativo.

As técnicas e procedimentos usados: tendo em conta os conteúdos a serem abordados, as técnicas habitualmente usadas podem compreender: instruções/ensino, o role playing ou representação de papéis, o reforço, o feedback, as tarefas para casa, e a modelação. De seguida iremos caracterizar as técnicas referidas de uma forma sumária, tendo por base as perspetivas de Del Prette e Del Prette (1999) e Caballo (2008). Assim:

Instruções/Ensino: As instruções fazem parte de um conjunto de informações que para além dos aspetos específicos e gerais dos programas de treino, englobam explicações claras e objetivas de como a pessoa se deve comportar numa situação específica de relação interpessoal, por exemplo “Quero que pratique o olhar diretamente a outra pessoa quando está falando com ela”. O ensino, também denominado feedback corretivo, consiste na informação dada à pessoa acerca de como foi o seu comportamento tendo em conta critérios pré-estabelecidos, por exemplo “Seu contato ocular foi muito breve, aumente-o”. O ensino faz parte das instruções (Caballo, 2008, p.384).

Representação de papéis: é pedido ao participante / utente que represente ou desempenhe um determinado papel. O enfermeiro/terapeuta deve fornecer informação acerca do comportamento esperado;

Modelação: baseado no Modelo de Bandura, em que a aprendizagem é feita através da observação do desempenho de outra pessoa (terapeuta/modelo). Tem a vantagem de evidenciar os componentes não verbais e para verbais da comunicação. Os resultados mostram que tempos mais longos de exposição ao ‘modelo’ produzem resultados mais permanentes;

Reforço: o reforço positivo deve utilizar-se logo no momento em que o utente consegue realizar um comportamento ou apresenta determinado progresso. Nas sessões importa iniciar pelos aspetos mais positivos, conquistas, sucessos e só numa fase posterior passar para os aspetos mais negativos;

Feedback: disponibiliza-se a informação e o entendimento sobre como o utente deve adotar determinado comportamento. Esta informação deve ser detalhada, positiva e direta destacando-se o elogio, a aceitação e o estímulo como influências positivas na modificação da conduta social;

Tarefas para casa: Esta técnica proporciona ao utente, generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões. Permite a prática dos novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, resultando num maior autocontrolo. Estas tarefas serão planeadas com o próprio servindo de mote para finalização das sessões e início das sessões subsequentes. É importante o registo em fichas ou memorandos, das tarefas de casa, servindo para lembrar qual o comportamento a ter e, posteriormente, como ocorreu em pormenor;

Ensaio comportamental: através da simulação de cenas reais relativamente a um problema recente ou que possa verificar-se num futuro próximo procurar-se-á alcançar o desenvolvimento de novos comportamentos e formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Permitirá ao EEESMP (terapeuta) a observação direta do comportamento, o que melhora os níveis de segurança e confiança da pessoa na intervenção;

Recursos humanos necessários: é necessária a participação de dois enfermeiros em que pelo menos um deles tem de ser EEESMP (assumirão a postura de Terapeuta e Co-terapeuta).

Recursos materiais a usar: uma coluna de som, projetor, computador, cadeiras, colchões individuais, canetas, novelo de lã, folhas de papel A4, ...

Avaliação: Deverão ser aplicadas Escalas compreendendo que as mesmas a aplicar devem ser sensíveis à população portuguesa, e passíveis de utilização quer em população considerada saudável quer em população considerada doente. Deverão ser aplicados e, três momentos: antes do Programa, no final deste e no follow-up (aos 3 meses). Os instrumentos de avaliação selecionados e a serem aplicados aos participantes, foram:

- Escala de avaliação da Autoeficácia Geral (EAE)

Escala que mede a autoeficácia geral, na mesma perspetiva de Bandura, em que defende que algumas experiências desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem além da situação específica. (preenchida pelo doente Autoeficácia (AE) refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. Anexo....

- 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) (preenchido pelo doente)

Instrumento de autoavaliação constituído por 23 itens, que se destinam a avaliar a vulnerabilidade que o indivíduo tem ao stress, definindo-se como escala unidimensional, capaz de avaliar e de definir a pessoa vulnerável ao stress (ver anexo---

- Questionário das Situações Sociais (QSS) (preenchido pelo doente)

O foco original interesse dos autores, ao desenvolverem este instrumento, foi a inadequação social, procurando conhecer qual o grau e amplitude da dificuldade nas situações sociais relatada por estudantes, e quais as situações consideradas mais difíceis. Quanto mais alto for o valor obtido, mais a pessoa é considerada socialmente inadequada ou socialmente ansiosa. Considera-se ainda que, qualquer pessoa que tenha respondido a seis ou mais situações na opção muita dificuldade ou evita sempre que pode, está a enfrentar graves problemas psicossociais. Na segunda parte da escala quanto menor for o valor maior se considera ser a frequência das situações sociais em que a pessoa se envolve.

- Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP) (preenchido pelo cuidador/familiar)

O conceito de funcionamento social é um conceito que inclui a capacidade de a pessoa desempenhar diferentes papéis sociais, como doméstico/a, trabalhador, estudante, cônjuge, familiar ou amigo. É crucial a satisfação pessoal sentida pela sua habilidade em desempenhar essas diferentes funções, em cuidar de si próprio, e pelo grau de envolvimento em atividades interpessoais de lazer e recreação,

Planificação das Sessões

| <u>1ª Sessão – Introdução</u> |
|---|
| <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">– Apresentar o grupo– Apresentar o Programa– Preencher o documento de compromisso de participação no Programa <p>Dinâmica da sessão:</p> <p>Início da sessão com a apresentação do formador e dos participantes. Apresentação das normas de confidencialidade e de compromisso pela participação no programa assim como regras de assiduidade, pontualidade e respeito pelos colegas e bem como necessidade de participação e realização do TPC.</p> <p>Apresentação do Programa de TCS (estrutura, tipo de atividades a desenvolver...) esclarecimento das dúvidas, questões e expectativas que possam surgir.</p> <p>Realizar a apresentação do(s) Terapeuta(s) das sessões;</p> <p>Realizar apresentação das participantes no grupo recorrendo a técnica de Quebra Gelo, (utilização de novelo de lã, com o objetivo de estabelecer interação entre as participantes ou Jogo do nome e da cor dos olhos: grupo divide-se em dois subgrupos, formando filas que se colocam frente a frente. Cada elemento apresenta-se ao que está na sua frente dizendo o seu nome e a cor dos olhos do elemento a que se apresenta. Feito isto, desloca-se para a direita, fazendo o mesmo até encontrar o primeiro elemento a que se apresentou (Manes, 2008).</p> <p>Explicar apresentação dos objetivos do programa, regras de funcionamento do programa e de funcionamento do grupo;</p> <p>Garantir a confidencialidade das abordagens e exposições efetuadas pelas participantes assim como o seu anonimato fora do grupo;</p> <p>Incentivar e realizar reforço positivo á participação de todas as participantes no grupo.</p> |
| <u>2ª Sessão –Treino Observação e Comunicação Não Verbal</u> |
| <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">– Conhecer sinais sociais |

- Compreender o impacto destes sinais na interação com o Outro

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Explicar importância do tema sessão (sinais sociais, treino de observação)

O Terapeuta pedirá a cada participante para dar exemplo de uma situação social (pode ser ele o primeiro). Ex. Comprar pão, beber café no bar, falar com um colega, ...

É pedido de seguida que os participantes identifiquem dificuldades sentidas, numa dessas situações sociais recentes.

2ª parte – Depois de todos terem enunciado uma situação, pede-se que a mesma seja descrita com pormenores: Hora e dia da ocorrência, Local (cidade, rua, hospital, bar), Tipo de situação (compras, conversas...), Contexto (local, sons...)

Posteriormente a descrição das Pessoas envolvidas (características...idade, sexo, aparência, papéis...) e depois o relato da situação em si (Ação-aquilo que fez e Conversas-aquilo que foi dito pelo próprio ou intervenientes).

No final pedem-se aos participantes para refletir sobre a situação. Pode ser útil perguntar: o que poderia ter sido diferente? Era inevitável? O que sentiu?

3ª parte – Síntese da sessão enfatizando as principais ideias e a participação dos elementos do grupo. Aplicação prática através da realização do TPC a apresentar no início da próxima sessão: Observar e registar uma situação de mal-entendido que tenha presenciado. Tentar identificar as barreiras comunicacionais presentes.

Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

3ª Sessão – Treino de Interação Social

Objetivos:

- Promover ideias ou temas de conversa
- Fomentar interação grupal
- Aplicar competências adquiridas na sessão anterior

Dinâmica da sessão:

Preencher a folha de presenças.

Explicar o tema da sessão;

Pedir aos participantes que se agrupem em pares (pode ser necessário o Terapeuta formar os mesmos)

Colocar os pares em interação, podendo oferecer temas de conversa. Colocá-los em interação, um de cada vez.

Questionar cada elemento:

- Que atitudes/sentimentos foram expressas? Em relação ao assunto e a si...
- Como ficou com essa impressão?

Perguntar ao restante grupo se concordam com as opiniões manifestadas.

Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

4ª Sessão- Emoções (sinais não verbais)

Objetivos:

- Conhecer os sinais não verbais das emoções
- Perceber o seu impacto na comunicação
- Consciencializar os participantes dos sinais mais usados
- Treinar/adequar sinais não verbais pouco adequados

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças.

2ª parte – Esclarecer os participantes quanto a comunicação não verbal: gestos corporais, postura corporal, gestos corporais, expressão facial e voz.

Pedir que formem pares e cada um dos elementos deverá escolher uma emoção para representar (raiva, felicidade, tristeza,), selecionando posteriormente 2 ou 3 sinais faciais ilustrativos dessa emoção.

Deverá representá-los ao colega por forma a que este consiga identificar a emoção apresentada, bem como aos sinais. Trocarão depois de papel, para que todos representem e identifiquem a emoção.

3ª parte – Síntese da sessão enfatizando as principais ideias e a participação dos elementos do grupo. Aplicação prática através da realização do TPC a apresentar no início da próxima sessão: Observar e registar a comunicação de 2 indivíduos (no bar, no corredor, na paragem do autocarro), registando que sentimentos e atitudes exprimiram. Como os identificou e porquê? Despedida.

5ª Sessão- Emoções (sinais vocais)

Objetivos:

- Detetar emoções através da voz
- Discriminar as qualidades da voz
- Treinar expressão de emoções através da voz (role-play)

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças. Discussão do TPC: análise e discussão do que foi escrito.

2ª parte – Explicar o tema da sessão

Pedir para formarem dois grupos e um dos elementos deverá escolher 2/3 sinais vocais das emoções para representar (raiva, tristeza, felicidade...). O colega deverá conseguir identificar e posteriormente invertem os papéis.

Num segundo momento, deverão representar um sinal facial e apenas um sinal vocal. Que o parceiro deverá ser capaz de identificar.

Exercício 2. Pede-se que os participantes expressem a frase “– Sim, eu faço isso!”, com diferentes tipos de voz (amigável, preocupada, zangada, triste, aborrecida.)

Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

6ª Sessão- Competências de escuta Ativa

Fase 1 – Escuta ativa

Ouvir: além das competências de observação, precisamos de saber o que os outros estão a sentir para sermos bons ouvintes e para que os outros queiram falar connosco.

A competência de escuta ativa serve para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer. Para poder responder aos outros, necessitamos prestar atenção àquilo que estão a comunicar, de modo a organizar o que queremos responder quando for a nossa vez de falar.

As respostas de escuta ativa são:

1. Expressões de interesse: abanar a cabeça
2. Sons encorajadores: “hum hum”, “ah, ah”, “sim”
3. Sorrisos
4. Contacto ocular direto
5. Pequenos comentários: “estou a ver”, “estou a perceber”
6. Expressão facial sintónica com a do outro que está a falar
7. Pedir explicações (ex: poderia explicar-me melhor essa ideia?)
8. Fazer perguntas (abertas ou fechadas)

(As perguntas abertas são perguntas que encorajam o outro a dar uma resposta mais longa, ex: “como?”, “de que forma?”;

As perguntas fechadas são aquelas que podem ser respondidas com poucas palavras, com “sim, ou “não” (ex: “concordas?”).

(Evitar fazer gestos que possam distrair como: estar a mexer com a caneta, olhar para o relógio, mexer com os dedos na mesa, mexer os pés repetidamente, etc.)

Objetivos:

- Perceber em que consistem as competências de escuta ativa
- Tomar consciência da sua importância na comunicação

- Praticar essas habilidades em situações de conversa informal

Dinâmica da sessão:

Preencher folha de presenças.

1ª parte – Exercício 1

1. Reforça-se os conceitos das competências acabadas de abordar nesta sessão;
2. Formam-se grupos de 2 participantes;
3. Um dos elementos dos pares, deve falar com o outro acerca de um assunto qualquer (ex: o que vai jantar hoje)
4. O outro elemento, deve ouvir atentamente
5. Este “2º” elemento, enquanto ouve, deve pôr em prática as respostas de escuta ativa, quando o outro para momentaneamente de falar e olha para si.
6. O exercício deverá ser repetido, refazendo com pares diferentes, para que os que falaram, possam agora ouvir e treinar as repostas de escuta ativa.

Preencher a ficha de avaliação da sessão (. Como se sentiu nesta conversa? O que aprendeu com este exercício?

Fase 2 – Comentários de escuta

Enquadramento:

Como ouvintes, além de refletirmos acerca do que os outros dizem, também comentamos ou falamos acerca dos nossos sentimentos, que podem ser iguais ou diferentes daqueles que a pessoa que fala connosco expressa.

Às vezes concordamos e outras vezes discordamos daquilo que nos é dito. Assim, podemos sentir-nos satisfeitos, aborrecidos, interessados ou incomodados. Podemos demonstrar, as nossas respostas na conversação, pela expressão facial, expressão corporal, pelo tom de voz, ou mesmo dizê-lo por palavras.

Objetivos:

- Expressar adequadamente a concordância (role-play)
- Expressar adequadamente a discordância (role-play)

Exercício 2

1. Formam-se grupos de 2 participantes
2. Cada par escolhe (ou é-lhe distribuído) um assunto para falar (ex: episódio de ontem da novela, o último jogo de futebol que viram na tv, ...)

3. Um dos elementos ouve atentamente o que o outro diz (factos, sentimentos que expressa)
 4. Enquanto ouve, deve pôr em prática os sentimentos de semelhança (“eu também sinto ..., porque ...”; “também já me aconteceu ficar ... e senti-me ...”)
 5. O exercício deverá ser repetido, com pares diferentes, para que os que falaram, possam agora ouvir e pôr em prática os sentimentos de semelhança.
 6. Como se sentiu nesta conversa?
 7. O que aprendeu com este exercício?
- Aplicação prática através da realização do TPC a apresentar no início da próxima sessão. Despedida

7ª sessão - Iniciar e Manter uma Conversa

Objetivos:

- Aprender a iniciar e manter uma conversa
- Praticar com situações reais
- Debater situações reais

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças.

2ª parte – Escolha um colega, amigo ou familiar para treinar este exercício.

Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que já conhece. Pense e escolha o assunto do qual deseja falar ou que pergunta pretende fazer. Como conhecemos a pessoa com quem vamos falar, podemos cumprimentá-la diretamente: “Olá”, ou “Tudo bem?”, ...e comece a falar o assunto ou perguntar que queria ...

Avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo (utilize as expressões aprendidas na sessão comentários de escuta).

Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo...

Se não consegue compreender o assunto que se está a falar, coloque perguntas para se esclarecer

Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa.

NOTA: Os participantes podem sentir dificuldades em avaliar/ajuizar qual é o momento e o local apropriado para iniciar uma conversa, bem como a dificuldade em perceber se a pessoa está interessada em participar na mesma. Por isso, é importante que o terapeuta ajude regularmente na percepção de pistas sociais que podem ser observadas para ser possível avaliar do interesse do outro.

3ª parte – Resumo da sessão, realçando as ideias transmitidas pelos participantes e os conhecimentos transmitidos. Aplicação prática através da realização do TPC: Colocar em prática em “casa” desta habilidade.

Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

8ª sessão – Terminar uma conversa

Objetivos:

- Aprender a terminar uma conversa de forma assertiva
- Aplicar e treinar habilidades abordadas em sessões anteriores (role-play)

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças. Discussão do TPC: quais as dificuldades sentidas?

2ª parte – Exercício:

Imagine que encontrou pela primeira vez uma pessoa e pretende iniciar uma conversa com ela. Falar durante alguns minutos e depois terminar a conversa agradavelmente.

Para criar esta situação, apresenta-se uma situação fictícia aos participantes, pedindo-lhes que a representem, de acordo com as seguintes instruções: Situação: A e B conversam sobre o assunto ... durante alguns minutos, e A deseja despedir-se pois precisa de ir embora. Objetivo: terminar uma conversa sem ressentimentos. Ação: Inicie a despedida dizendo à pessoa que tem de terminar agora a conversa. Faça comentários verbais que justifiquem a sua partida (ex: “tenho de apanhar o autocarro”). Se a despedida for aceite: sorria, faça contacto ocular, aperte a mão do outro, e despeça-se verbalmente... Afaste-se, despeça-se com um aceno e verbalize a partida (“adeus”), quebrando o contacto ocular, e gestos e mantenha-se a caminhar para o seu próximo destino...

3ª parte – Resumo da sessão, realçando as ideias transmitidas pelos participantes e os

conhecimentos transmitidos. Avaliação: Como se sentiu nesta conversa? O que aprendeu com este exercício?

Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

9ª sessão – Conversar com desconhecido

Objetivos:

- Aprender a iniciar conversas com estranhos
- Aplicar as perguntas de seguimento/manutenção da conversação
- Treinar em situações concretas (role-play)

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças.

2ª parte - Escolha o momento e local, apropriados para conversar com uma pessoa que não conhece e escolha o assunto que quer falar ou a pergunta que pretende fazer. Depois de iniciar a conversa, avalie se a pessoa está a ouvir e se quer falar consigo.

Depois das suas primeiras frases e comentários, avalie se a pessoa continua a ouvir e interessada em continuar a falar consigo. Com a continuação da conversa, faça mais perguntas ou comentários relacionados com o assunto da conversa. Recordar que, numa conversa, para falarmos “na nossa vez”, esperamos sempre que a outra pessoa termine de falar.

Depois de conversar uns minutos, olhe para o relógio e faça um comentário verbal de fim de conversa, como “Bom, tenho mesmo de ir embora”. Diga “adeus” (e, movimente-se, saia, e vá ao seu próximo compromisso).

3ª parte – Resumo da sessão, realçando as ideias transmitidas pelos participantes e os conhecimentos transmitidos. Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

10ª Sessão – Assertividade- Saber Dizer Não

Objetivos:

- Identificar os vários estilos comunicacionais
- Aprender a recusar pedidos não razoáveis
- Reconhecer os principais obstáculos à afirmação do “não”
- Treinar comportamentos assertivos

Dinâmica da sessão:

1ª parte – Preencher a folha de presenças.

2ª parte – Apresentação teórica sobre diferentes comportamentos comunicacionais.

Dinâmica de grupo através da realização da atividade. Sentados em círculo, os

participantes vão recusar um pedido. Esses pedidos estão escritos em tiras de papel que estarão misturadas numa caixa. Cada um escolhe uma tira e dá a sua recusa assertiva. Ao mesmo tempo o Terapeuta ensina as estratégias a utilizar em situação de recusa e treinam-se as competências autoafirmativas.

- Que tal faltarmos às sessões?
- Vamos sair sem pagar o café. Achas que alguém repara?
- Vi que tens a carteira recheada, podias emprestar-me dinheiro para pagar café?
- Já está tudo em saldos... Gostava de ver as montras, mas não me apetece ir sozinha. Tu como és minha amiga vais comigo, não é?

3ª parte – Síntese da sessão enfatizando as ideias transmitidas pelos participantes e os

conhecimentos transmitidos. Preencher a ficha de avaliação da sessão. Despedida.

11ª Sessão – Avaliação

Objetivos:

- Concluir, sublinhando a importância e o interesse da formação no TCS, e ainda o que se espera dos participantes no futuro...
- Entrega dos Certificados da Formação

Desenvolvimento:

- Aplicação dos instrumentos de avaliação para registo dos dados pós-programa.

Sessão avaliação.3: avaliação follow-up (3 meses)

- Aplicação dos instrumentos de avaliação para registo dos dados follow-up

Bibliografia

APA – American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. American Psychiatric Publishing, 204

Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide. New York: Guilford Publications, 2004. ISBN 1-57230-846-X

Coelho CM, Palha AP. Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Lisboa: Climepsi, 2006.

Corrigan P, Mueser K., Bond G., Drake R, Solomon P. Principles and practice of Psychiatric Rehabilitation – An Empirical Approach. 2ª Ed. USA: The Guilford Press 2008

Del Prette Z.A.P, Del Prette A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. Revista perspectivas, 2010 (acedido em 2019 Out); 1(2) :104-115. Disponível na internet: On-line ISSN 2177-3548

Melo-Dias, C. (2012) Impacto da formação em habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia: revisão sistemática de literatura de investigação experimental e quasi-experimental [Comunicação livre], no III Congresso Internacional da SPESM, da Investigação à Prática Clínica em Saúde Mental, Porto, 10-12 outubro, 2012.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

Ornelas, J. Suporte social: Origens, conceitos e áreas de intervenção. Análise Psicológica, 1994, (acedido em 2019 Nov); 2(12): 333-339. Disponível na internet: <http://hdl.handle.net/10400.12/3103>

APÊNDICE II

PLANO DE SESSÃO DE ATIVIDADE INDIVIDUAL DE RELAXAMENTO

Plano de Sessão de Atividade Individual

| Instituição: Irmãs Hospitais Casa de Saúde Rainha Santa Isabel Participantes: Utente N.R Serviço: Unidade Reabilitação Sto. Agostinho Data: Formador: Enfª Rute Galvão | | Tema: Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo Jacobson Objetivo geral: - Promover o relaxamento; Objetivos específicos: - Ensinar e treinar técnica de relaxamento; - Melhorar a saúde mental; - Diminuir a ansiedade, o stress e a tensão muscular; - Promover a expressão de emoções e sentimentos. | | |
|--|------------|---|---|---|
| Etapas | Tempo | Desenvolvimento do tema | Recursos | Avaliação |
| Introdução | 2 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema • Motivação da escolha do tema • Objetivos • Metodologia | <ul style="list-style-type: none"> - Sala com baixa luminosidade e ruído mínimo possível; - Coluna som; - Computador; - Colchão; - Almofada; - Manta. | FORMATIVA <ul style="list-style-type: none"> - Participação espontânea da utente; - Observar o comportamento e postura durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente se sinta mais relaxada e descontraída; - Aplicação de um questionário individual; - Aplicação da escala de Ansiedade <i>Hamilton</i>. |
| Desenvolvimento | 15 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Relaxamento progressivo de Jacobson. <p>A utente é convidada a deitar-se em posição confortável, é-lhe proposto que feche os olhos e que descontraia ao som da música e da respiração calma e profunda, de acordo com as indicações da Enfermeira ESMP. Posteriormente, será dirigida e envolvida na terapia, segundo o guião da técnica de relaxamento progressivo (contração e descontração muscular).</p> | | |
| Conclusão | 3 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Tempo para retomar nível de consciencia mais alerta; • Avaliação oral a través da expressão de sentimentos. | | |

Justificação

O relaxamento é um tipo de psicoterapia de modificação de comportamento na medida em que o relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao stress, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental. A técnica do relaxamento progressivo de Jacobson, baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Este é um método de relaxamento profundo em que se observaram resultados positivos no tratamento da tensão muscular, ansiedade, depressão, fadiga dores de pescoço e costas, tensão arterial elevada. A Imaginação Guiada é uma técnica terapêutica de relaxamento que focaliza e dirige a imaginação de maneira subtil e delicada, que trabalha não apenas com o sentido da visão, mas também explora o olfato, a audição e o paladar. A técnica engloba a atividade mental, corporal e emocional e é o foco dirigido ao corpo que a torna extremamente eficiente. (Townsend, 2011).

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Guião da Sessão:

Irei falar sobre 16 grupos musculares.

Vou pedir-lhe que se concentre na minha voz. Não contraia nada até eu dizer a palavra “agora” e apenas relaxe quando eu disser a palavra “relaxe”.

Deite-se como se sinta mais confortável e feche os olhos.

- Mão e antebraço direito: Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sinta a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (5 seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Braço direito: Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sinta a tensão no braço (5seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Mão e antebraço esquerdo: Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço esquerdo. Sinta a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (5 seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Braço esquerdo: Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sinta a tensão no braço (5seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte superior da face (testa): Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sinta a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz): Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sinta a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo): Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (5 seg). Sinta a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pescoço: Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sinta a tensão no pescoço (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Peito, ombros e parte superior das costas: Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sinta a tensão no peito, ombros e costas (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Abdómen: Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sinta o estômago tenso e apertado (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Coxa direita: Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (separando-a do colchão) e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sinta a tensão na nádega e na coxa (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da perna direita: Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sinta a tensão na barriga da perna (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pé direito: Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sinta a tensão na palma do pé (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Coxa esquerda: Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (separando-a do colchão) e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sinta a tensão

na nádega e na coxa (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da perna esquerda: Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sinta a tensão na barriga da perna (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pé esquerdo: Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sinta a tensão na palma do pé (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

Sinta todo o seu corpo calmo e relaxado (pausa) a respiração é profunda (pausa).
(silêncio por uns momentos)

APÊNDICE III

PLANO DE SESSÃO INDIVIDUAL: ADESÃO AO REGIME
MEDICAMENTOSO, REGISTO DE ATIVIDADES SEMANAIS E ADESÃO À
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

| | |
|---------------------------|--|
| | PLANO DE SESSÃO- Adesão Ao Regime Medicamentoso |
| Local | Sala de enfermagem |
| Data | |
| Duração | Cerca de 60min, com início às ____ |
| Mestranda | Mestrandas: Rute Galvão Enfermeiro Especialista: JF |
| Destinatários | Utente da UGA |
| Recursos Materiais | • Computador |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar os conhecimentos e reflexões da Srª para possibilitar a adesão ao regime medicamentoso • Sensibilizar para a influência do regime medicamentoso na prevenção da recaída; • Sensibilizar a utente para a importância da adesão ao regime medicamentoso |
| Desenvolvimento | <p>Conseguir que a utente através da reflexão do seu histórico, associe a adesão medicamentosa aos eventuais reinternamentos existentes.</p> <p>Abordar a importância da adesão ao regime medicamentoso, abordando possíveis efeitos secundários da mesma, mas valorizando também os ganhos.</p> <p>Reforçar a aprendizagem realizada anteriormente, da gestão medicamentosa, prevenindo falhas futuras</p> |
| Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • Observar o comportamento e postura durante a sessão; • Incentivar a comunicação de experiência pessoal e opinião; • Permitir a expressão de sentimentos, dificuldades e benefícios sentidos; • Registrar a intervenção e respetivos resultados |
| Fundamentação | <p>No relatório de 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a não adesão à terapêutica como sendo um “problema mundial de magnitude impressionante”.</p> <p>Em Portugal, as perturbações psiquiátricas afetam, atualmente, mais de um quinto da população portuguesa e o consumo de psicofármacos, entre 2000 e 2012, registou uma curva de aumento significativo, sendo dos mais elevados da Europa (Furtado, 2014). A não adesão à terapêutica constitui um tema de recorrente preocupação nos sistemas de saúde, no sentido em que a fraca adesão é responsável pelo aumento dos reinternamentos, reaparecimento de sintomas e consequente redução da qualidade de vida, multirresistência terapêutica, desgaste da confiança do público nos serviços de saúde e aumento de custos financeiros.</p> |
| Bibliografia | <ul style="list-style-type: none"> • OMS • Furtado • Sequeira, C. (2006). <i>Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>. Coimbra: Quarteto Editora (1ª edição). |

REGISTO DE ATIVIDADES SEMANA DE _____ A _____ DE _____ DE 2020

| ATIVIDADES | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---------|-------|--------|--------|-------|--------|--------------|
| LAVANDARIA 10.00-12.00 14.30-16.00 | | | | | | | FOLGA |
| CAMINHADAS 17.30-18.00 (Implica roupa e calçado adequado) | | | | | | | |
| ATELIER TRAPILHOS 16.00-17.30 | | | | | | | |
| COZINHAR (Como correu, aspetos positivos e negativos) | | | | | | | |
| LIVRO (Autoproposta de leitura em 15 dias) | | | | | | | |

| | |
|---------------------------|---|
| | PLANO DE SESSÃO- Adesão à Prática de Exercício Físico |
| Local | Sala de enfermagem |
| Data | |
| Duração | Cerca de 60 min, com início às ____ |
| Mestranda | Mestrandas: Rute Galvão Enfermeiro Especialista: JF |
| Destinatários | Utente da UGA |
| Recursos Materiais | Sapatilhas e roupa adequada à prática de exercício físico |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar os conhecimentos e reflexões da Srª para possibilitar a adesão a prática de exercício físico • Sensibilizar para a influência do exercício físico como integrante do regime • Sensibilizar a utente para a importância da adesão ao regime terapêutico |
| Desenvolvimento | <p>Esclarecer a utente em relação aos benefícios da prática do exercício físico;</p> <p>Incentivar a utente a iniciar caminhada diária, durante 20 min. na primeira semana e 40 min. na segunda.</p> <p>Estabelecer plano terapêutico com utente</p> |
| Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • Observar do comportamento e postura durante a sessão; • Incentivar a comunicação de experiência pessoal e opinião; • Permitir a expressão de sentimentos, dificuldades e benefícios sentidos; • Registar a intervenção e respetivos resultados |
| Fundamentação | <p>Promover a atividade física, e combater o sedentarismo e efeitos negativos associados ao internamento à porta fechada, bem como efeitos secundários da medicação, promover o bem-estar.</p> <p>Segundo Takeda (2005) somente nos dias atuais a atividade física tem sido utilizada como medida complementar no tratamento de utentes em geral, e nos portadores de transtorno mental, havendo nessa prática potenciais para o desenvolvimento das atividades físicas que despertem interesse, melhorem a estabilidade emocional a criatividade e socialização. Para Oliveira e Rolim (2003), os exercícios, como técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas, podem ter uma função protetora coadjuvante na doença mental, pois podem contrariar os efeitos adversos da medicação, contribuindo para a diminuição da permanência em internamento, levando a diminuição da despesa.</p> |
| Bibliografia | <ul style="list-style-type: none"> • OMS • Furtado • Sequeira, C. (2006). <i>Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>. Coimbra: Quarteto Editora (1ª edição). |

APÊNDICE IV

RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO - TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS, INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL NO DOMÍNIO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS, INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL NO DOMÍNIO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

RESUMO

Contexto: A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais incapacitantes e prevalentes. Questões de adaptação social e relacionamento interpessoal, processamento de informações e resolução de problemas não estão só correlacionadas com a doença, como também a caracterizam, logo alvo necessário de intervenção. Os programas de treino de competências sociais deverão proporcionar um conjunto de experiências que, não tendo ocorrido naturalmente ao longo do ciclo vital, torna-se necessário ensinar ou desenvolver. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental são dotados de conhecimento para a conceção, implementação e avaliação de programas de promoção de competências sociais. **Objetivo Geral:** Compreender a influência do Programa de Treino de Competências Sociais, no funcionamento social da pessoa com esquizofrenia destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. **Objetivo Específico:** Identificar a evidência científica e atual disponível sobre Programa de Treino de Competências Sociais.

Metodologia: Realização de revisão integrativa da literatura, a partir da pergunta de investigação “Qual a influencia da intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria e no treino de competências sociais no domínio do funcionamento social na pessoa com esquizofrenia “. A pesquisa envolveu as bases de dados Pubmed, Cochrane e B.On. As palavras-chave utilizadas para a realização desta pesquisa, no título e abstract, foram em Português e Inglês: Enfermagem (Nursing) Esquizofrenia (Schizophrenia), Treino (Training), Competências Sociais (Social Skills) em conjugação com o operador booleano AND.

Resultados: Foram selecionados 7 artigos, cujos resultados demonstraram melhoria ao nível do funcionamento social, interação social e relações interpessoais, nas pessoas com esquizofrenia sujeitas a treino competências sociais.

Conclusão: Evidenciada a influência do Programa de Treino Competências Sociais ao nível da melhoria do funcionamento das pessoas portadoras com esquizofrenia assim como a importância da intervenção do enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria no desenvolvimento do mesmo.

O enfermeiro ao assumir o papel de terapeuta/formador ajuda a pessoa a capacitá-la para a tomada de decisão sobre a sua situação de saúde.

Descritores: Enfermagem; Esquizofrenia; Treino; Competências Sociais

APÊNDICE V

POSTER: A IMPORTÂNCIA DA PROXIMIDADE DO CUIDAR NA
PREVENÇÃO DA RECAÍDA: PROGRAMA DE VISITA DOMICILIÁRIA

X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios em Saúde Mental

A Importância da Proximidade do Cuidar na Prevenção de Recaída: Programa de Visita Domiciliária

Alves, Joana *; Galvão, Rute *

* Enfermeiras do serviço Psiquiatria – CHMT.

Introdução: Em Portugal as perturbações psiquiátricas afetam atualmente, mais de um quinto da população (SPPSM, 2015) e o consumo de psicofármacos, entre 2000-2012 registou uma curva de aumento exponencial, sendo dos mais elevados da Europa (Furtado, 2014). A não adesão à terapêutica constitui tema recorrente de preocupação dos sistemas de saúde, dado a relação entre fraca adesão e aumento dos reinternamentos, reaparecimento dos sintomas, redução da qualidade de vida e aumento dos custos financeiros. Pessoas com doença mental constituem uma população fragilizada e na sua maioria, com poucos recursos. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2013-2020, um dos pilares fundamentais para obter ganhos em saúde e melhoria dos cuidados prestados é tornar os cuidados mais próximos das necessidades do utente, necessitando de um incremento dos cuidados ambulatoriais, tais como a visita domiciliária.

Objetivo: demonstrar a importância da visita domiciliária na prevenção de recaída em utentes com doença mental grave.

Métodos: Estudo Descritivo com abordagem qualitativa, através do recurso a base de Dados Acess.

A Visita Domiciliária do Serviço de Psiquiatria do CHMT:
Constituição: 1 Psiquiatra, 5 Enfermeiros, 1 Assistente Social.

Número Visitas por Semana: 3

Média de quilómetros percorridos por Mês: 2500km



Procedimento: realizada recolha de dados relativa ao número de reinternamentos 3 anos antes e 3 anos após a integração dos utentes em visita domiciliária.

Resultados: Da análise dos processos dos 85 utentes integrados no ano de 2016 em visita domiciliária, constatou-se que o número de internamentos prévio à integração foram de 123 e após integração no programa, o número reduziu para 42.



Conclusões : a intervenção em contexto domiciliário envolve uma abordagem individual e comunitária do utente/família/cuidador. Essa abordagem aos utentes “in loco” permitiu uma intervenção global mais efetiva, assegurando nalguns casos a acessibilidade aos cuidados, bem como a adesão ao regime terapêutico, o que se traduziu numa redução significativa do número de reinternamentos.

Bibliografia : Furtado, C. (2014). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental 2000-2012*; Gabinete de Estudos e Projetos. Lisboa: Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. PORTUGAL; Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2015). *Portugal, saúde mental em números, programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2013-2020*. Lisboa: Ministério da Saúde;



Portalegre, 30 e 31 de
outubro de 2019



APÊNDICE VI

POSTER: A IMPORTÂNCIA DA PROXIMIDADE DO CUIDAR – PAPEL DO EESM NUM PROGRAMA DE VISITA DOMICILIÁRIA



A Importância da Proximidade do Cuidar – Papel do EESM num Programa de Visita Domiciliária

Autora : Galvão, Rute*

Co - Autores : Façanha , Jorge ** ; Martinho, Marta **; Cordeiro, Raul ***

* Mestranda em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior Portalegre

** Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior Portalegre

*** Doutoramento em Ciências e Tec. da Saúde - Desenvolvimento Humano e Social

INTRODUÇÃO : Em Portugal as perturbações psiquiátricas afetam atualmente, mais de um quinto da população (PNSM, 2015) e o consumo de psicofármacos, entre 2000-2012 registou uma curva de aumento exponencial, sendo dos mais elevados da Europa (Furtado, 2014). A não adesão à terapêutica constitui tema recorrente de preocupação dos sistemas de saúde, dado a relação entre fraca adesão e aumento dos reinternamentos, reaparecimento dos sintomas, redução da qualidade de vida e aumento dos custos financeiros. Pessoas com doença mental constituem uma população fragilizada e na sua maioria, com poucos recursos. Considera-se doença mental grave, quando estão presentes pelo menos três dos seguintes critérios: sintomatologia psicótica (geradora de dificuldades na apreensão da realidade e na procura de cuidados de saúde), evolução superior a 2 anos (tendência para a cronicidade, o que implica uso continuado e frequente de diferentes recursos sociais e de saúde, incluindo a hospitalização), forte comprometimento do funcionamento social (produtividade e gestão de relações interpessoais) e contexto social adverso (pouco tolerante ou exausto, por dificuldades na compreensão da sintomatologia por parte da família/cuidador e comunidade). López & Laviana (2007)

É deste conhecimento da doença mental grave, que nasceram, há umas décadas atrás os conceitos de : reabilitação, empowerment e recovery e se alteram por completo os critérios de avaliação de resultados de saúde das pessoas com doença mental grave. Ornelas(2008)

A reabilitação psiquiátrica foca-se em domínios específicos do funcionamento pessoal e social nos quais o doente mental grave, apresenta severas incapacidades.

O funcionamento pessoal e social inclui o desempenho de papéis sociais (trabalho, lazer, papéis familiares e autocuidado) e funcionamento interpessoal (amizades, relações sociais e familiares). Na avaliação de algumas capacidades, o nível de funcionamento pode ser deduzido através da observação, no contexto em que tal capacidade se utiliza ou aplica.

Relativamente à utilização de serviços, Lyster et al. (2005), o objetivo mais imediato da reabilitação psiquiátrica é a prevenção de recaídas e hospitalizações, a diminuição da duração de internamento e a diminuição da utilização dos serviços de urgência pelas pessoas com doença mental grave. Todos estes fatores estão associados com a falha no processo de recovery e interferem na concretização de objetivos como o recovery funcional e a melhoria da qualidade de vida. De uma forma geral, é esperado que o recovery origine a redução na utilização de serviços de suporte e tratamentos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2013-2020, um dos pilares fundamentais para obter ganhos em saúde e melhoria dos cuidados prestados é tornar os cuidados mais próximos das necessidades do utente, necessitando de um incremento dos cuidados ambulatoriais, tais como a visita domiciliária.

OBJETIVO: demonstrar a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica num Programa de Visita Domiciliária num Serviço de Psiquiatria Geral, no recovery de pessoas com doença mental grave.

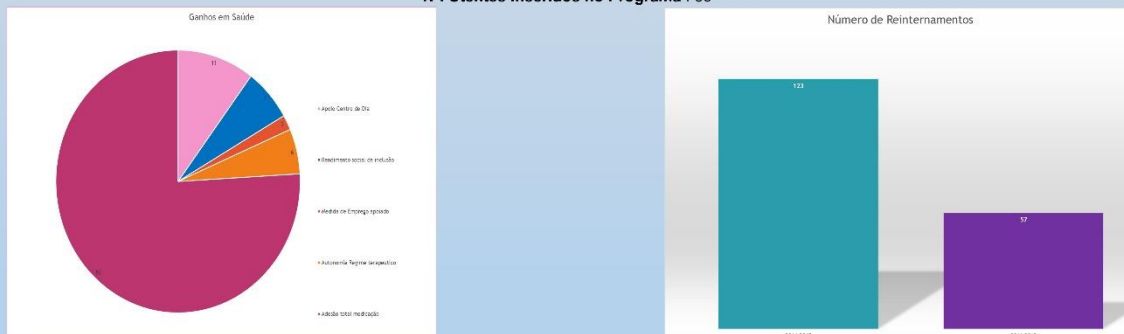
MÉTODO: Estudo Descritivo com abordagem qualitativa, através do recurso a base de Dados Acess.

PROCEDIMENTO: realizada recolha de dados relativa ao número de reinternamentos 3 anos antes e 3 anos após a integração dos utentes em visita domiciliária.

Recolha de dados relativa aos ganhos em saúde nos domínios do funcionamento pessoal e social, adesão ao regime terapêutico, bem como, nas atividades de vida diária.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DO EESMP : Relação de Ajuda, Gestão do regime terapêutico, Apoio Emocional, Intervenções Psicoeducativas e Psicoterapêuticas, Ensino/Treino Competências Sociais; Treino Utente na Gestão do regime terapêutico, Treino de autonomia em atividades de vida diária, treino de autonomia em atividades instrumentais de vida diária(gestão dinheiro, limpeza/ organização casa e roupas...) Ensino/Treino de familiares/ cuidadores.

Número Dias por Semana: 3
Número Visitas :1200 no ano de 2019
Média de quilómetros percorridos por Mês: 3000kms
Nº. Utentes inseridos no Programa : 85



RESULTADOS: Da análise dos processos dos 85 utentes integrados no ano de 2016 em visita domiciliária, constatou-se que o número de internamentos prévio à integração foram de 123 e após integração no programa, o número reduziu para 57.

Dos utentes integrados em Programa de Visita domiciliária : 11 utentes aceitaram apoio do Centro de Dia(melhorando atividades de vida diária , tais como : higiene e autocuidado, alimentação); 7 utentes usufruíram de apoio social, passando a ter rendimento social de inclusão; 2 utentes foram integrados em Medida de Emprego Apoiado e 6 utentes ganharam maior autonomia na gestão terapêutica , passando a realizar a mesma no Centro de Saúde. Do total de utentes, 82 passaram a aderir ao regime terapêutico, e na maioria apresentaram melhorias ao nível do autocuidado, interação social , comunicação e insight para a doença.

CONCLUSÕES : a intervenção em contexto domiciliário envolve uma abordagem individual e comunitária do utente/família/cuidador que acarreta menos custos e é mais efetivo na garantia da continuidade dos cuidados. Além disso, tem como objetivo o recovery, contribuindo para a melhoria dos resultados de saúde da pessoa doente, bem como uma melhor qualidade de vida do doente, família e comunidade. Os ganhos em saúde são logo evidentes , não só do ponto de vista económico quando comparando o número de reinternamentos, mas do ponto de vista de ganhos em saúde e empowerment da pessoa com doença mental.

Artigo: P. (2016). *Reabilitação – Uma abordagem holística*. Lisboa: Alameda. *Revista de Psicologia*, 11(1), 1-17. *América Psiquiátrica* (2014). *OSAS: Manual de Diagnóstico e Tratamento*. Porto: Alameda. *Revista de Psicologia*, 11(2), 1-17. *Lyster, D., Rothman, T., Vigor, J., Spaulding, W.* (2005). *Evaluating Outcomes of Rehabilitation for Severe Mental Illness*. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 50, pp. 42-55. López, M., Laviana, M. (2007). *Rehabilitación: apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave*. *Procesos de Atención*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Vol. XXVI, pp. 187-223. *Portugal, C.* (2014). *Reabilitação: avaliação do contexto em Portugal Continental 2005-2013*. *Guia de Referência e Prática*. *Ministério da Saúde – Estratégia Nacional de Saúde Mental*. Portugal, *saúde mental em números*. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. *Órmazens*, 3. (2008) – *Psiquiatria Comunitária*. Lisboa: Pêlo da Saúde.

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DO IV ENCONTRO NACIONAL SUBORDINADO AO TEMA
“FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL”

IV ENCONTRO NACIONAL

“Financiamento Global em Saúde Mental”

Certificado

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

RUTE GALVÃO

Participou como PRELETOR no IV Encontro Nacional, subordinado ao tema “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL” organizado pela FamiliarMente, Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental e a Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental, da Direção Geral de Saúde e realizado no dia 24 de Maio de 2019, no Cineteatro Paraíso, Tomar.

A Presidente da FamiliarMente,



(Joaquina Castelo)



Programa Nacional
para a Saúde Mental



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde



SNS
Sistema Nacional
de Saúde



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE

ANEXO II

CERTIFICADO DO CURSO DE QUALIFICAÇÃO E INCLUSÃO EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA



FNERDM

Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentes



Certifica-se que

Rute Sofia Soares Santos Galvão

Frequentou o **Curso de Qualificação e Inclusão em Saúde Mental Comunitária na área da Empregabilidade - nível I**, com a temática **“Abordagens à Empregabilidade em Saúde Mental”**, com a duração total de 18 horas, realizado nos dias 25, 26 e 27 de setembro de 2019.

Direção da FNERDM


Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentes
Av. António João da Almeida nº 26 1000-043 Lisboa
Tel: 922 054 529 / fnerdm@fnerdm.pt
www.fnerdm.pt

Projeto cofinanciado pelo Programa de Financiamento a Projetos pelo INR, I.P.



Com o apoio da Fundação Allice Portugal



Entidades Parceiras:



Este documento é da autoria e exclusiva responsabilidade da FNERDM.

ANEXO III

CERTIFICADO DO I ENCONTRO TELA DE EMOÇÕES

I ENCONTRO TELA DE EMOÇÕES | VIII ENCONTRO +CONTIGO
PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM MEIO ESCOLAR



Certificado

Certifica-se que **Rute Sofia Soares Santos Galvão**, nascido(a) a 1975-07-17, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 10515501, válido até 2022-03-02, participou no **I Encontro Tela de Emoções, VIII Encontro + Contigo**, que decorreu no dia 02 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 02 de outubro de 2019

A Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Centro, IP

Dra. Rosa Reis Marques

P'la Comissão Organizadora

Professor Doutor José Carlos Santos

A Presidente da ESEnfC

Professora Doutora Aida Cruz Mendes

ANEXO IV

CERTIFICADO DO X CONGRESSO INTERNACIONAL D'A SOCIEDADE
PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Rute Galvão

esteve presente, num total de 12 horas, no **X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema "**Desafios em Saúde Mental**", realizado a 30 e 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



P'la Comissão Científica

Presidente do Congresso

A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

ANEXO V

CERTIFICADO DAS III JORNADAS TEMPLÁRIAS DE PSIQUIATRIA DO CHMT



Certificado

III JORNADAS TEMPLÁRIAS DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO
“Saúde Mental na Comunidade, Respostas e Desafios”

Certifica-se que a Exma. Senhora

Rute Galvão

Participou nas III Jornadas Templárias de Psiquiatria do CHMT

Tomar, 28 e 29 de Novembro de 2019




(Directora do Serviço de Psiquiatria do CHMT)



Certificado

III JORNADAS TEMPLÁRIAS DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO
“Saúde Mental na Comunidade, Respostas e Desafios”

Certifica-se que a Exma. Senhora

Rute Galvão

Participou no Workshop com o Tema
“1.ª Ajuda em Saúde Mental”

Tomar, 28 e 29 de Novembro de 2019



(Directora do Serviço de Psiquiatria do CHMT)

ANEXO VI

CERTIFICADO DAS JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL-60
ANOS DE HOSPITALIDADE - (RE)CRIAR CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL



Irmãs Hospitaleiras

Certificado de Participação

Rute Sofia Soares Santos Galvão, participou nas Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental-60 anos de Hospitalidade - (Re)Criar cuidados de saúde mental, que se realizaram na CSRSI em Condeixa, nos dias 23 e 24 de janeiro de 2020, com a duração total de 16 horas.

A Comissão Organizadora

MOD.190.01

ANEXO VII

CERTIFICADO DO I ENCONTRO INTERNACIONAL DE LITERACIA E SAÚDE MENTAL POSITIVA



I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Rute Sofia Soares Santos Galvão** participou no evento **I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva**, realizado de 2 a 3 de junho de 2020, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Portugal • Tel.: 225 073 500 • Fax: 225 096 337 • esep@esenf.pt • www.esenf.pt